

平成 年 月 日

医療法人沖縄徳洲会
湘南鎌倉総合病院（臨床研究センター）
院長 塩野 正喜 殿

【寄付申込者】

（住所）〒

（名前）

印

（団体の場合は名称及び代表者名）

寄付申込書

次の通り寄付金を申し込み致します。

記

1. 寄付金額 金 円

いづれかに☑を入れてください

一括お振込 分割お振込（ ）

2. 寄付目的

3. 希望事項

4. 寄付予定期日 平成 年 月 日

※分割お振込の場合は2回目以降の期日も記載下さい

5. 申込担当者

6. 振込に関する

問い合わせ先

以上

寄付申込書 送付先

〒247-8533 神奈川県鎌倉市岡本 1370-1

湘南鎌倉総合病院（臨床研究センター） 経理係

TEL : 0467-46-1717 FAX : 0467-45-0190

E-mail: ccts512@shonankamakura.or.jp