

# 記入例

CCTS-様式第1号

日付欄には、寄付金のお振込日ではなく  
本書類の記入日（作成）日を記載下さい。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

医療法人沖繩徳洲会  
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）〒〇〇〇-〇〇〇〇

神奈川県鎌倉市岡本 1370-1

（名前）株式会社 ショウナンカマクラ

代表取締役 湘南 太郎 印

必ずご捺印下さい。

## 寄付申込書

分割でお振込の場合は分割される金額と回数を記載下さい。

金額が異なる場合は、それぞれの金額を記載下さい。

（例）1回目：600,000円 2回目：400,000円

分割でお振込の場合は総額を記載下さい。

記

1. 寄付金額 金 1,000,000 円

いづれかに☑を入れてください

一括お振込 分割お振込（500,000円を2回）

各部門への寄付をお考  
えの場合は、具体的に  
記載下さい。なければ  
不要です。

2. 寄付目的 臨床研究センター 研究（者）支援の為 など

3. 希望事項 〇〇部△△△部長□□□□□□□研究への支援

4. 寄付予定期日 1回目：平成〇〇年〇〇月〇〇日 2回目：平成〇〇年〇〇月〇〇日

※分割でお振込の場合は2回目以降の期日も記載下さい

5. 申込担当者 株式会社 ショウナンカマクラ 〇〇課 △△△（氏名）

6. 振込に関する 株式会社 ショウナンカマクラ 〇〇課□□□係

問い合わせ先 TEL：××-1234-5678 E-mail：1234@〇〇〇.or.jp

以上

## 寄付申込書 送付先

ご担当者様の所属、連絡が取れる電話番号、  
もしくはメールアドレスを記載下さい。

〒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