

寄 附 金 申 込 書

(申込日： 年 月 日)

医療法人啓清会 関東脳神経外科病院

院長 清水 暢裕 殿

FAX : 048-524-6190

趣旨に賛同し下記金額を協賛寄附として申し込みます。

氏名 _____ 印

住所 _____

電話 _____

1. 寄附金額 _____ (合計) 金 _____ 円也

2. 寄附目的 ☐新病院建設助成のため
☐研究及び教育助成のため
☐その他 ()

3. 寄附条件 ☐なし ☐あり ()

【振込先】

銀行名 : 群馬銀行 熊谷支店

口座種別 : 普通

口座番号 : 0320212

口座名義 : イリョウホウジンケイシンカイ 医療法人啓清会 カントウノウシンケイ ゲ カ ビョウイン 関東脳神経外科病院 リジチョウ 理事長 シミズ 清水 マサヒロ 暢裕

【備考欄】

受 付 者 _____ [所属] _____ [氏名] _____

寄附金担当事務 _____ [書類受理日] _____ [氏名] _____