

# 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 ☐新病院における医療環境の整備  
☐医学研究教育の充実  
☐最新医療機器の購入

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 : 0 3 2 0 2 1 2

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] \_\_\_\_\_