

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 暁裕 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：0320212

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

【備考欄】

受付者 [所属] [氏名]

寄附金担当事務 [書類受理日] [氏名]