受付No.

寄　付　申　込　書

　金　　　　　　　　　　　　　　円也

　公益財団法人筑波メディカルセンターの公益事業のため、上記金額を寄付します。

平成　　　　年　　　月　　　日

代表理事　殿

　　　　〒

住所

氏名

連絡先(電話)

記

（１) 寄付金の使途の指定

**下記目的欄から希望する項目に☑をして、寄付金額をご記入ください。**

**複数の目的を指定することも可能です。**

※特に指定がない場合は、公益法人の活動に資する目的に充当させていただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 寄付の目的 | 寄付金額 |
| □公益財団法人の活動に資するため | 円 |
| □診療機器の整備・充実のため | 円 |
| □施設設備・環境の改善のため | 円 |
| □教育研修の充実のため | 円 |
| □医療の発展に寄与する研究のため | 円 |
| □指定なし | 円 |

（２）寄付の公表:

**お名前の公表について、○印を付けてください。（公表する ・ 公表しない）**

　 ※公表は年報、ホームページ等にて掲載する形式となります。

◎筑波メディカルセンターへ御意見御要望等がありましたら、ご記載をお願いいたします。

|  |
| --- |
|  |