茨城県立こども病院長 殿

寄付金申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 記 入 日 | 　令和　　　　年　　　月　　　日 |
| 寄 贈 者 | 個人名または団体名(代表者名)  |  |
| 住所 | 〒 |
| 連絡先 | TEL  |  |
| e-mail  |  |
| 当院との関係 |  |
| 寄 贈 額※詳細は当院ホームページをご参照ください。 | 金額 | 　　　　　　　　　　　　円 |
| 受取方法 | 1.納 付 書 | ・納入通知書を茨城県病院局から郵送いたします。・振込手数料はかかりません。 |
| 2.銀行振込 | ・振込口座を通知いたします。・振込手数料は各自ご負担願います。 |
| 3.現　　金 | ・希望来院日　　　月　　日　　　AM ・ PM |
| 寄贈理由 |  |
| 使 途 | 1.こどもの療養環境を整えるための備品購入等 |
| 2.小児の高度専門医療を担う人事育成のための教育・研究機能の強化 |
| 3.新たな診断や治療方法開発のための臨床研究 |
| 4.他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| そ の 他 | 領収書 | 1.希望する | ・茨城県病院局から郵送いたします。 |
| 2.希望しない |  |
| 氏名の掲載 | 1.希望する | ・10万円以上の寄付をいただいた場合、氏名及び金額をホームページに掲載いたします。 |
| 2.希望しない |  |
| 備考 |  |