

$$\overline{\text{T}}$$

連絡先（電話）：

記

金 円也

寄 附 目 的	寄附金額
☐ 救急・がん診療・周産期医療に対する医療機器の整備	円
☐ 医療スタッフの教育育成・研修支援	円
☐ 地域社会への貢献活動	円
☐ 感染医療に対する医療従事者への支援	円
☐ 指定なし	円
☐ その他（具体的目的）	円

☐ 銀行振込 (お振込み予定日 月 日)
☐ 現 金 (お振込み予定日 月 日)
☐ そ の 他

※希望する場合： ☐住所のうち市町村名のみ ☐氏名・法人名 ☐寄附金額

--