

# 寄付申込書

年 月 日

神奈川県立足柄上病院 病院長 殿

ご住所 〒 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

次のとおり寄付します。

寄付金額 \_\_\_\_\_ 円

使用目的を指定される場合は次の項目の中からお選びください。

研究助成のため

施設や備品等の整備のため

その他

神奈川県立足柄上病院のホームページへの氏名等の掲載について

掲載を承諾する。

承諾しない。 (どちらかの  をご記入ください。)