

令和 年 月 日

医療法人清須呼吸器疾患研究会

理事長 齊藤雄二 殿

寄附者

住所 〒

氏名

印

下記のとおり、寄附金として寄附します。

寄付金額	円	
寄付目的	先端医療機器の購入、医療スタッフの育成、サービスの向上、院内環境の整備など運営のために幅広く活用してください。	
寄付公表の同意	病院HPや広報でのご氏名の掲載 (○をご記入ください)	(可・否)
備考		

注)

1. 備考欄には、納付に関する希望などがあれば記入してください。
2. 企業や団体などの場合は、連絡先住所、担当部署、担当者などお問合せ先を備考欄に記入してください。

≪書類送付先≫

医療法人 清須呼吸器疾患研究会

〒452-0962 愛知県清須市春日流8番地1

電話番号：052-400-1777 FAX052-400-1899