

研究寄付金申込書

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構
臨床医学研究所 所長

寄付者
御住所

御氏名 ㊞

下記の通り、公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構（代表理事 大原 謙一郎氏）に寄付致します。

記

- ・ 寄付金額 金 _____ 円 也
- ・ 振込予定日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・ 寄付の目的 公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構における臨床研究事業のため
- ・ 研究テーマ（記載可能であれば）

- ・ 振込先 指定された口座に振り込む。

【御連絡先】

所 属	
担当者氏名	
電話番号	
F A X 番号	

注) ・個人でご寄付いただく方におかれましても連絡先をご記入ください。