**公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構**

**「赤い屋根まごころ基金」 寄付金申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込書記入日 | 　　　　年　　　　　　　月　　　　　　　日 |
| お名前又は団体名・法人名（※1） | （ふりがな）　 |
| 　 |
| ご住所（※2） | 〒 |
| 　 |
| お電話番号 | 　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） |
| 寄付金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 寄付の方法（※3） | 現金持参　　　・　　銀行振込 |
| 基金パンフレットへのお名前掲載 | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 感謝状 | （寄付額1万円以上） | 希望する　　　・　　　希望しない |
| ホームページへのお名前掲載 | （寄付額1万円以上） | 希望する　　　・　　　希望しない |
| 銘板へのお名前掲載 | （寄付額10万円以上） | 希望する　　　・　　　希望しない |
| ◆ 以下、任意でご記入ください。 |
| 診察券番号 | 　 |
| 診療科　又は　病棟（※4） | 　 |
| 寄付の動機　等（任意） | 　 |
| 希望使途（任意） | 1. | 地域の皆さまの健康づくり、病気予防など |
| 2. | 明るく快適な病院環境にするための整備 |
| 3. | 病院で行う臨床研究に対する支援 |
| 4. | 職員への教育研修に対する支援 |
| 5. | ボランティア活動に関する支援 |
| 6. | ご寄付いただいた方のご要望事項（　　　　　　　　　　　　　　　　） |

※1　　ご記入いただいた個人情報は、寄付金に係る業務の為に利用し、それ以外には使用いたしません。

※2　　ご記入いただいたお名前又は団体名・法人名、ご住所へ各種送付物の郵送とお名前掲載をさせて頂きます。

※3　　寄付の方法として「銀行振込」をご希望の場合はご連絡の上、お申込者名義でお振込み願います。

※4　　ご記入いただいた診療科又は病棟へ、ご寄付いただいたことを申し伝えます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 受付 |
|  |  |  |  |

（事務局記入欄）

|  |  |
| --- | --- |
| 事務処理欄 | 処理日付 |
| 郵送 | 報告 | ／ |