

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、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いただきます。

※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。

.....  
(事務局記入欄)

事務処理欄	処理日付
郵送 報告	/

			受付