

平成 年 月 日

臨床研究寄附金申込書

(株)麻生 飯塚病院
院長 増本 陽秀殿

寄附者
御住所

御氏名

㊞

記

・寄附金額 金 _____ 円也

・振込予定日 平成 年 月 日

・寄附の目的 (株)麻生飯塚病院における臨床研究・開発に関する体制の充実等のため

・研究テーマ

・振込先 ※寄附金受諾の際にお知らせいたします。

【御連絡先】

所 属	
担当者氏名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

注) ・個人でご寄附いただく方におかれましても連絡先をご記入ください。