

地方独立行政法人東京都立病院機構寄附申込書

地方独立行政法人東京都立病院機構
東京都立大塚病院長 殿

申込年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

郵便番号 _____

住所 _____

法人名又は個人氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり寄附します。

なお、ホームページに氏名を掲載することについて、(承諾します ・ 承諾しません)。

寄附金額 金 _____ 円

寄附目的 次のいずれかにチェックしてください。

- 病院運営
- 設備・備品購入
- 患者の療養環境向上
- 臨床研究

※ チェックがない場合、上記のいずれかの目的に沿って使用いたします。

臨床研究目的の寄附をされる方へ

- 1 具体的な研究テーマや研究担当職員は、会議による選考を経て決定します。また、研究担当職員の効果的かつ効率的な研究を支援するため、原則として寄附された金額の一部を間接経費として病院の運営等のために使用します。以上のことについて、御理解くださるようお願いいたします。
- 2 希望する研究分野等があれば記入してください(特定の医薬品や医療器具等に関する研究目的の寄附は受けることができません。また、特定の職員の使用が前提となる研究テーマ等に係る寄附も受けることができません。)

(_____)

地方独立行政法人東京都立病院機構寄附申込書

地方独立行政法人東京都立病院機構
東京都立大塚病院長 殿

申込年月日.....年 月 日

郵便番号.....

住所.....

法人名又は個人氏名.....

電話番号.....

次のとおり寄附します。

なお、ホームページに氏名を掲載することについて、(承諾します ・ 承諾しません)。

2 寄附物品の表示

物品の種類 (品名)	
規 格	
数 量	
価 格	

寄附申出の理由

()

地方独立行政法人東京都立病院機構寄附申込書

令和____年____月____日

地方独立行政法人東京都立病院機構
東京都立大塚病院長 殿

申込年月日 _____年 ____月 ____日

郵便番号 _____

住所 _____

法人名又は個人氏名 _____

電話番号 _____

次のとおり寄附します。

なお、ホームページに氏名を掲載することについて、(承諾します ・ 承諾しません)。

役務の提供

内 容	
日 時	
履行場所	
その他	

寄附申出の理由

()