

寄付申込書

金 20,000 円也

公益財団法人筑波メディカルセンターの公益事業のため、上記金額を寄付します。

2021年3月16日

代表理事 殿

〒 305-0005

住所 茨城県つくば市天久保 1-3-1

氏名 筑波 二郎

連絡先(電話) 029-999-9999

記

(1) 寄付金の使途の指定

下記目的欄から希望する項目に☑をして、寄付金額をご記入ください。

複数の目的を指定することも可能です。

※特に指定がない場合は、公益法人の活動に資する目的に充当させていただきます。

寄付の目的	寄付金額
<input checked="" type="checkbox"/> 公益財団法人の活動に資するため	20,000円
<input type="checkbox"/> 診療機器の整備・充実のため	円
<input type="checkbox"/> 施設設備・環境の改善のため	円
<input type="checkbox"/> 教育研修の充実のため	円
<input type="checkbox"/> 医療の発展に寄与する研究のため	円
<input type="checkbox"/> 指定なし	円

(2) 寄付の公表:

お名前の公表について、○印を付けてください。(公表する) ・ 公表しない)

※公表は年報、ホームページ等にて掲載する形式となります。

◎筑波メディカルセンターへ御意見御要望等がありましたら、ご記載をお願いいたします。