　年　　　月　　　日

**紡　ぎ　の　庭　寄　付　申　込　書**

　金　　　　　　　　　　　　　　円也

代表理事　殿

　　　　　　〒

住所

氏名

電話番号

* お名前の公表

どちらかに○印をつけてください。　（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。

* ご提出方法

必要事項をご記入のうえ、郵送・FAX・ご持参のいづれかでご提出ください。

郵送先：〒305-8558　つくば市天久保1-3-1

　　　　　　筑波メディカルセンター　総務課　寄付担当者　宛

ＦＡＸ：０２９－８５８－２７７３