

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

(申込者)

住 所 .....

氏 名 .....

連絡先 .....

## 寄 附 (寄 贈) 申 込 書

下記のとおり寄附（寄贈）を申し込みます。

記

一金 円也  
物品名・個数

(趣 旨・目 的) にチェックを記載願います。

診療機能の充実

新たな診断や治療方法の開発のための臨床研究

医療人材の教育・研修機能の強化

その他

(上記以外の特定の利用目的, 特定のグループ(診療科)へのご寄附を希望される場合は下欄にご記載ください。)

(公表の希望について) にチェックを記載願います。

当院のホームページ等で寄附の内容や寄附者のお名前を掲載することがございます。お名前について、掲載を希望されますか。

希望する。

希望しない。