

別紙様式1

寄付金申込書

年 月 日

社会医療法人大阪国際メディカル&サイエンスセンター
臨床医学研究所長 殿

寄付者
御住所 _____

御氏名 _____ 印
※法人等にあつては法人等名

下記のとおり寄付を申し込みます。

記

1 寄付金額 金 _____ 円 也

2 寄付の目的

- ・医療体制の充実と患者様へのサービス向上
- ・医学研究事業の遂行と先進医療の開発
- ・高度医療の推進
- ・未来を担う医療人の人材育成 など

3 研究テーマ
(記載可能なものがある場合) _____

4 振込先 指定された口座へ振り込む

【御連絡先】

所 属	
担当者氏名	
電話番号	

注) 個人でご寄付いただく方におかれましても連絡先をご記入ください。