

地方独立行政法人神奈川県立病院機構寄附申込書（財物用）

令和____年____月____日

地方独立行政法人神奈川県立病院機構
神奈川県立がんセンター総長 殿

〒 _____

住所 _____

電話 (_____) _____

氏名 _____

担当部署/担当者名 _____ / _____

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）。

【寄附先】

かながわ県立病院がん基金

【寄附概要】

〔 _____ 〕

【寄附目的】

機器備品等の整備

- ※ ご寄附の取り扱いは、神奈川県立病院機構寄附金等取扱規程に従います。
(詳しくはお問い合わせください)
- ※ 企業や団体の場合は、氏名欄に企業、団体名及び代表者名をご記入ください。また、担当部署、担当者名をご記入ください。

<ご来院中のお申込み>

お近くの当院職員へお申し出ください。担当者が本申込書をお受け取りに伺います。

<ご自宅からのお申込み>

本申込書を下記送付先まで郵送、または E-mail のいずれかの方法でお送りください。

神奈川県立がんセンター 財務経営課 寄附担当者宛

郵 送： 〒241-8515 神奈川県立がんセンター（住所記載不要）

E-mail : fm1519.ihh@kanagawa-pho.jp

(E-mail の場合は、申込書を添付送信してください。)