

## 地方独立行政法人神奈川県立病院機構寄附申込書

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 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
貴社名 \_\_\_\_\_  
代表者名 \_\_\_\_\_  
担当部署/担当者名 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

次のとおり寄附します。

### 【寄附先】

かながわ県立病院がん基金

【寄附金額】 金 \_\_\_\_\_ 円

### 【寄附目的】

研究の実施

\* 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。

### 【研究目的のご寄附につきまして】

- 1 研究担当職員の効果的かつ効率的な研究を支援するため、寄附された金額の一部を間接経費として病院の運営等のために使用しますことについて、御理解くださいますようお願いいたします。
- 2 希望する研究分野等があれば記入してください。  
(特定の医薬品や医療器具等に関する研究目的の寄附は受けることができません。また、特定の職員の使用が前提となる研究テーマ等に係る寄附も受けることができません。)

( \_\_\_\_\_ )