**地方独立行政法人神奈川県立病院機構寄附申込書**

第１－１号様式

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

【寄附金額】　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円

【寄附目的】　該当する項目にチェックしてください。

□　機器備品等の整備

□　病院環境向上事業への支援

□　研究の実施

※　チェックがない場合、上記のいずれかの目的に沿って使用させていただきます。

※　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。

　　（詳しくはお問合せください）

※　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。）