

## 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 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
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。

- 
- 器機備品等の整備
- 
- 
- 療養環境等の向上を目指した事業の実施及び事業への支援
- 
- 
- 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、団体名およ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。

&lt;ご来院中のお申込み&gt;

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。

&lt;ご自宅からのお申込み&gt;

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](mailto: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。)