

一般財団法人 慈山会医学研究所
付 属 坪 井 病 院

寄 付 （ 物 品 ） 申 込 書

令和 年 年 日

一般財団法人慈山会医学研究所
理 事 長 坪 井 永 保 殿

貴財団の事業に賛同し、下記の通り寄付を申し込みます

物 品 名	数 量
メーカー・ 品番等	

○住所（所在地）

〒（ - ）

○氏名又は法人名（代表者名）

（ふりがな）

印

○電話番号

— —

○広報誌・ホームページ等への記載

希望する 希望しない

受 付	処 理

※記載いただいた個人情報は当寄付金に関わる業務以外には使用しません。