

令和 年 月 日

茨城県立こころの医療センター 病院長 殿

(申込者)

住所

氏 名

連絡先

寄 附 (寄 贈) 申 込 書

下記のとおり寄附（寄贈）を申し込みます。

記

一金

冂也

物品名・個数

(趣 旨・目 的) ☐にチェックを記載願います。

□診療機能の充実

□新たな診断や治療方法の開発のための臨床研究

□医療人材の教育・研修機能の強化

□その他

(上記以外の特定の利用目的、特定のグループへのご寄附を希望される場合は下欄にご記載ください。)

--

(公表の希望について) ☐にチェックを記載願います。

当院のホームページ等で寄附の内容や寄附者のお名前を掲載することがございます。お名前について、掲載を希望されますか。

☐希望する。☐希望しない。