受付 No.

寄　付　申　込　書

金　　円也

公益財団法人筑波メディカルセンターの公益事業のため、上記金額を寄付します。

年　　月　　日

代表理事　殿

〒

住所

氏名

連絡先(電話)

記

（１）寄付金の使途の指定

下記目的欄から希望する項目に☑をして、寄付金額をご記入ください。
複数の目的を指定することも可能です。

※特に指定がない場合は、公益法人の活動に資する目的に充当させていただきます。

寄付の目的	寄付金額
□公益財団法人の活動に資するため	円
□診療機器の整備・充実のため	円
□施設設備・環境の改善のため	円
□教育研修の充実のため	円
□医療の発展に寄与する研究のため	円
□指定なし	円

（２）寄付の公表:

お名前の公表について、○印を付けてください。(公表する　・　公表しない)

※公表は年報、ホームページ等にて掲載する形式となります。

◎筑波メディカルセンターへ御意見御要望等がありましたら、ご記載をお願いいたします。