

かわぐち心臓呼吸器病院 寄付申込書

年 月 日

(あて先)

医療法人社団 康幸会

かわぐち心臓呼吸器病院 院長

寄付申込者 〒 -

住所

電話

氏名/会社名

下記のとおり医療法人社団 康幸会 かわぐち心臓呼吸器病院に寄付します

1. 寄付の金額 金 _____ 円

2. 寄付の目的 _____

3. 寄付の予定年月日 _____ 年 月 日

※寄付は銀行振込みのみとなります。