

(様式第1号)

記入例

| | |
|------|-------|
| 受理番号 | No. ー |
| 受理日時 | 年 月 日 |

寄 附 金 品 申 込 書

東京都健康長寿医療センター 理事長 殿

| | | | | | | | | | | |
|------------------------------|------------------------|---|---------|---|---|---|---|---|----|---|
| 寄附金 | 金額 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
| | | | | | ¥ | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 寄附金品 <small>※現金以外</small> | 品名 | | 金額(評価額) | | | | | | 数量 | |
| | 現金以外の場合はこちらに適宜ご記入ください。 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |

以下の項目において、該当するものに✓を付けて下さい。

| | |
|-------------------------------|---|
| 目的 寄付 趣旨 | <input checked="" type="checkbox"/> 診療の充実、療養環境の整備、健康長寿に関する研究など東京都健康長寿医療センターの運営のために幅広く活用してください。 <input type="checkbox"/> その他に目的等ございましたらご記入ください。 [] |
| HP への 公表 の 掲 示 | 1、氏名(会社・団体名)、寄附金品、金額のセンターホームページへの公表について <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。 2、氏名(会社・団体名)の銘板の掲示について (個人5万円以上、法人・団体10万円以上のご寄附より) <input checked="" type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。 |
| 確認 事項 | <input checked="" type="checkbox"/> 寄附のきっかけとなった診療科や研究チーム等がございましたらご記入ください。 [総合診療 (科)、チーム] |

上記のとおり、地方独立行政法人東京都健康長寿医療センターへ寄附します。

年 月 日

住所(又は所在地) **ご寄附いただける方のご住所をご記入ください。** **記入日をご記入ください**会社・団体名(又は所属) **団体の場合は適宜ご記入ください。**氏名(代表者) **ご寄附いただける方のご署名または代表者の押印してください。** 自署または代表者印電話 **ご寄附いただける方のお電話番号をご記入ください。** (連絡担当者)

| | |
|-------|--------------------|
| 処 理 欄 | 要綱第4条により寄附金品受領書の発行 |
| 備 考 | 記入不要 |