

(様式第1号)						受理番号		No. 一		
						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
					¥	1	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・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 <small>銘板の掲示</small>	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 type="checkbox"/> <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 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。									
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。 <div style="text-align: right;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">年 月 日</div> </div> 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。 <small>自署または 代表者印</small> 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									