

(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 ※現金 以外	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 ・付 趣の旨	<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。 [ ] 
H P 銘板 への 掲示 表	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 <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。 [ ] <b>総合診療</b> <span style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; padding: 2px;">科、チーム</span>

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	