

(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。 [ ]									
H P 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 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。 [ 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。 住所（又は所在地） <u>ご寄附いただける方のご住所をご記入ください。</u> <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">年 月 日</span> <span style="color: red;">← 記入日をご記入ください</span> 会社・団体名（又は所属） <u>団体の場合は適宜ご記入ください。</u> 氏 名（代表者） <u>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。</u> <span style="float: right;"><small>自署または 代表者印</small></span> 電 話 <u>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）</u>										
処 理 欄	要綱第 4 条により寄附金品受領書の発行									
備 考	<span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">記入不要</span>									