

筑波大学附属病院寄附申込書

2025年 4月 1日

筑波大学附属病院長 殿

寄附者 〒 305 - 0000

住 所 茨城県つくば市〇〇〇 0-0-0

〇〇マンション 000 号室

電 話 000 (000) 0000

フリガナ ツクバ タロウ

氏 名 筑波 太郎

筑波大学附属病院のため、下記のとおり寄附します。
また申込に際しては、留意事項（裏面に記載）を了承します。

記

1. 寄附金額 ￥100,000 円
☒ 振込による
☐ 現金による（ご来院中の方のみ）
2. 寄附の目的 筑波大学附属病院に対する助成のため
3. 寄附の条件 なし

【以下についてあてはまるものにチェックしてください】

- ☐ 筑波大学附属病院寄附者銘板への氏名掲載を希望しない。
- ☐ 特定の診療科・センター等への寄附を希望する。※寄附者顕彰・特典贈呈の対象外となります
()

※以下病院記入欄※

備考