

平成 年 月 日

神戸大学長 殿

寄 附 者  
住 所 〒

電話番号

フリガナ

氏 名

(自署または押印をお願いします)

下記のとおり寄附します。

記

1. 寄 附 金 額：金 円
2. 寄 附 目 的：附属病院における運営助成等
3. 寄 附 条 件：なし
4. 寄附金の名称：あじさい基金
5. 納 付 方 法：振込依頼書等による
6. 振込依頼書送付先(寄附者と異なる場合はご記入下さい)。

※ 本院の広報誌をはじめ報告書等へ、お名前を掲載・記載させていただくことがありますが、希望されない方は、必ずシ印を付けてください。

- 広報誌等にお名前を掲載することについて希望しない
- ホームページにお名前を掲載することについて希望しない

※ ご記入いただいた個人情報は、本基金で必要とされる業務以外の目的では使用いたしません。

【ご来院中のお申込みの場合】

当院にご来院中の方は、1階中央受付3番窓口にお申し出いただきますと、患者サービス課の担当者が寄附手続きの説明に伺います。

【ご自宅等からお申込みの場合】

本申込書を下記送付先まで郵便、FAX又はメール(PDF)にてお送りください。

神戸大学医学部患者サービス課患者サービス係

住 所：〒650-0017 神戸市中央区楠町7丁目5番2号

電 話：078-382-5229 FAX：078-382-5285

E-mail：ajisai@med.kobe-u.ac.jp