

浜松医療センター寄附金基金への寄附申込書

平成 年 月 日

(あて先)

公益財団法人浜松市医療公社

理事長 山下 堅司

御住所

〒

御団体名

御芳名

御連絡先

金 円

私は、浜松医療センター寄附金基金規程の趣旨及び目的に賛同し、同規程に基づき上記の金額を下記のとおり貴法人に寄附いたします。

記

1 寄附金の使途

寄附金は、次の使途にご活用ください。

- (1) 医師を含む医療専門職及び医療専門職を目指す学生の教育研究
- (2) 医療センター内において顕著な功績のあった職員表彰
- (3) 患者図書室の充実など患者アメニティの向上
- (4) 病院ボランティアの育成
- (5) 市民公開講座、各種講演会の開催など啓発活動
- (6) その他（上記の使途以外にご希望がある場合は、具体的にご記入ください。）

2 管理運用方法

基金の運用から生ずる収益は、寄附金基金に編入してください。

〒432-8580 浜松市中区富塚町 328

公益財団法人浜松市医療公社 経営管理課

TEL 053-451-2774 FAX 053-451-2766

e-mail iryocenter@hmedc.or.jp