

(様式第1号)						受理番号	No. ー				
						受理日時	年 月 日				
<b>寄 附 金 品 申 込 書</b>											
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	
						¥	5	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 寄 付 の 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	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 (個人5万円以上、法人・団体10万円以上のご寄附より) <input checked="" type="checkbox"/> 希望します。 <input type="checkbox"/> 希望しません。										
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>総合内科・高齢診療</b> (科) チーム ]										
備 考	[ ]										
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。 <div style="text-align: right; border: 1px solid red; padding: 2px;">年 月 日</div> 住所 (又は所在地) <b>ご寄附いただける方のご住所をご記入ください。</b> <small>記入日をご記入ください</small> 会社・団体名 (又は所属) <b>団体の場合は適宜ご記入ください。</b> 氏 名 (代表者) <b>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。</b> <small>自署または代表者印</small> 電 話 <b>ご寄附いただける方のお電話番号をご記入ください。</b> (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										