

年 月 日

## 寄付申込書

学校法人杏林学園  
理事長 殿

寄付者氏名

住所 〒

電話番号

杏林大学医学部附属病院における、医療設備の充実、療養環境の充実・サービスの向上、医療スタッフへの支援等のため、寄付を申し込みます。

1. 寄付金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2. 領収書の送付先が上記住所と異なる場合、下記にご記入ください。

〒 \_\_\_\_\_

3. ホームページ等への掲載について（いずれかに○をつけてください）

1. 寄付者名・金額を掲載
2. 寄付者名のみを掲載
3. 寄付者を匿名として金額を掲載
4. 掲載しない

4. 学園との関係（いずれかに○をつけてください）

患者・家族、卒業生、在学生・保護者、その他（ ）