

西暦 年 月 日

研究寄付金申込書

社会医療法人社団十全会
心臓外科研究所 所長

寄付者

御住所

御氏名

⑩

下記の通り、社会医療法人社団十全会 心臓外科研究所（所長 岡崎悟氏）に寄付致します。

記

- ・ 寄付金額 金 _____ 円 也
- ・ 振込予定日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- ・ 寄付の目的 社会医療法人社団十全会 心臓外科研究所
循環器科における臨床研究事業のため
- ・ 研究テーマ（記載可能であれば）

- ・ 振込先 指定された口座

【連絡先】

〒700-0804 岡山県岡山市北区中井町 2 丁目 5-1

社会医療法人社団十全会 心臓病センター榊原病院内 心臓外科研究所

担当：データマネージャー 惣田 晃子 TEL:086-225-7111(代)

E-mail: data_manager@sakakibara-hp.com