

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

印

下記の通り、社会医療法人社団十全会 心臓外科研究所（代表 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 心臓病センター榭原病院
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 指定された口座に振り込む。

【御連絡先】

〒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 心臓病センター榭原病院内 心臓外科研究所

担当 惣田 晃子 TEL:086-225-7111(代)

E-mail: data_manager@sakakibara-hp.com