

年 月 日

研究寄附金申込書

社会医療法人社団蛍水会 名戸ヶ谷病院附属 名戸ヶ谷研究所 殿

寄附者

御住所

御氏名

印

下記の通り、社会医療法人社団蛍水会 名戸ヶ谷病院附属 名戸ヶ谷研究所に寄附いたします。

記

寄附金額 金 _____ 円也

振込予定日 年 月 日

寄附の目的 社会医療法人社団蛍水会 名戸ヶ谷病院 名戸ヶ谷研究所におけるアンチエイジング研究のため

研究テーマや備品など、詳細な寄附目的がありましたらお知らせください。

ご連絡先（企業・団体の方）

所属

担当者氏名

電話番号

e-mail
