

.....年 月 日

特定非営利活動法人千葉医師研修支援ネットワーク

理事長 横手 幸太郎 様

寄附者 郵便番号.....
住 所.....
ふりがな.....
氏 名..... 印
(※法人にあっては、法人名及び代表者の職・氏名)
電話番号.....
メールアドレス.....

寄 附 金 申 込 書

1. 寄 附 金 額 円
2. 寄 附 金 名 称 特定非営利活動法人
千葉医師研修支援ネットワーク寄附金
3. 寄 附 目 的 医師養成・確保助成のため
4. 使 用 内 訳
 - ・ 医師確保等のための諸事業の運営費
 - ・ 臨床研修医などが技術向上のために使用する
キャリアアップのための施設及びシミュレー
ション機器等の維持管理事業運営費
 - ・ その他、本法人の事業費
5. 寄 附 条 件 なし

寄附金申込連絡事項

寄附金の申込に関して連絡事項等がございましたら、下記にご記入ください。