

.....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 山 本 修 一 様

寄附者 郵便番号.....  
住 所.....  
ふりがな.....  
氏 名..... 印  
(※法人にあつては、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。

--