

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 平岡有努氏）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

TEL:086-225-7111(代)

E-mail: data\_manager@sakakibara-hp.com