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　　㊞

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　佐藤 晃子　TEL:086−225−7111(代)

E-mail: data_manager@sakakibara-hp.com