

# 寄附申込書

年 月 日

特定非営利活動法人循環器医学・医療支援センター 理事長 殿

(寄付者)

住 所： 〒

氏 名： (法人にあつては、法人名及び職・氏名)

印

電話番号：

下記の通り寄附いたします。

記

1. 寄付金額 金 \_\_\_\_\_ 円也
2. 寄付の目的
3. 寄付の条件【使途(人指定・寄付使途制限)等あれば記載ください】
4. 循環器医学・医療支援センター法人等における公表について  
 寄付者名、寄付金額の公表に同意する  
 公表に同意しない
5. 備考

以上

## ※寄附申込書送付先

非営利活動法人 循環器医学・医療支援センター 事務局 (担当 黒部)  
〒791-0295 愛媛県東温市志津川 454 番地  
愛媛大学大学院医学系研究科心臓血管・呼吸器外科学講座内  
TEL: 089-960-5331 FAX: 089-960-5335  
E-Mail: info@cvmedics.org

|     |             |            |             |
|-----|-------------|------------|-------------|
| 事務局 | CVMedicS 寄付 | 受付日： _____ | 管理番号： _____ |
|     |             | 領収書： 済     | 発行日： _____  |