

地方独立行政法人
くらて病院長 殿

地方独立行政法人 くらて病院 人材育成支援寄付申込書

下記のとおり寄付の申し込みをいたします。

| | |
|---------------------|---|
| (フリガナ) 氏 名 | |
| 住 所 | 〒 - |
| 電 話 番 号 | |
| メー ル ア ド レ ス | |
| 寄 付 金 額 | 円 |
| ご 寄 附 の 使 用 希 望 | <input type="checkbox"/> 若手職員育成支援 <input type="checkbox"/> 指導者育成支援 <input type="checkbox"/> 資格取得支援 <input type="checkbox"/> 特に指定しない <input type="checkbox"/> その他 () |
| 利益相反(COI) に関する確認 | 本寄附に関し、当院職員との間に診療、契約、採用、人事評価その他の業務に影響を及ぼす利害関係はありません。 <input type="checkbox"/> 上記に相違ありません。 <input type="checkbox"/> 利害関係がある場合は以下にご記載ください。 _____ |
| 領 収 書 の 発 行 | <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 |
| 氏名公表の 可 否 | <input type="checkbox"/> 公開可 <input type="checkbox"/> 匿名希望 ※『公表可』の方は、公表する個人名・企業名等を以下にご記載ください。 _____ |

お申込みありがとうございました。後日、寄付受納書をお送りしますので、お振込みをお願いします。領収書が必要にチェックされた方には、振込確認後に郵送させていただきます。