

年 月 日

東京歯科大学市川総合病院
病院長 西田 次郎 殿

〒
住所 _____
氏名 _____ 印
電話 _____
E-mail _____ @ _____

下記の通り、寄付を申し込みます

記

1. 寄付金額 _____ 円
2. 寄付の目的 アイバンクへの寄付
3. 寄付の条件
4. 氏名公表について (○で囲む)

私は、寄付者として、角膜センターホームページや活動報告書において氏名
が公表されることを、

了承します / 了承しません

振込先： 千葉銀行 市川支店 普通預金 No. 1686290
口座名義： 東京歯科大学市川総合病院

<連絡先>

東京歯科大学市川総合病院 047-322-0151 会計課 (内線 2108)
角膜センター (内線 4855)