

寄 付 申 込 書

年 月 日

学校法人 日本大学
理 事 長 関 泰 一 郎 殿

(寄付目的)

松戸歯学部付属病院における医療機器等の整備充実，教育環境の整備，

訪問診療等地域医療への貢献として，下記金額の寄付を申し込みます。

金

円 也

寄付申込者氏名

印

寄付申込者住所

電話番号

()

メールアドレス

@

当院との関係性

※記入例：患者，松戸歯学部卒業生，松戸歯学部学生・教職員のご家族，篤志家 等

「病院ニュース」等へのご芳名公表について

☐

※非公表の場合のみレ点を付記してください。

以 上