

年 月 日

国立研究開発法人  
国立成育医療研究センター理事長 殿

## 寄 附 申 出 書

国立研究開発法人国立成育医療研究センター寄附取扱規程の内容を了知し、寄附の際に第3条に反する条件を提示しないこと、またそれに反する行為を行わないことを約束したうえ、下記のとおり貴センターに寄附を行いたいので申し出ます。

郵便番号 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名(法人にあつては法人名、職名、氏名) \_\_\_\_\_ 印

電話番号 \_\_\_\_\_

メールアドレス (PCアドレス) \_\_\_\_\_

【記】

1、ご寄附したい基金（ご希望の基金にチェックをお願いいたします。）

成育基金

研究基金

もみじの家基金

2、寄附金の希望用途

成育（アイノカタチ）基金を選ばれた方は、下記の用途の中でご希望されるものにをお願いいたします。※ご希望に添えない場合もございます。

最新の医療機器の購入（補助人工心臓、放射線量の少ないCTなど）

子どもや妊婦さんへの医薬品や医療機器の研究開発（子どもが飲みやすい薬剤の開発など）

患者さんへの対応における、スキルアップのための教育・研修

患者さんがより心地よく院内で過ごすための療養環境整備

その他（特に用途の指定がない場合は、こちらをお選び下さい）



研究基金を選ばれた方は研究室名・研究者名・研究テーマを【】内にお書きください。

【  
】

※もみじの家基金については、もみじの家の運営に伴う活動の他、事業に関する啓発や各地における同様の施設の拡充に向けて行う活動のために活用させていただきます。

3、寄附額（物品の場合は物品名・数量・価格）

（金）

円

もしくは

（物品）

4、ご寄附の入金・納入予定期日

年

月

5、寄附の方法

銀行振込

6、氏名・法人名のホームページ等での公表について

下記のいずれかにチェックをお願い致します。（チェックがない場合は、公表いたしません。）

氏名・法人名の公表に同意する。（お名前だけの公表となります。）

※公表希望名がある場合は、【】内にご記入ください。

【  
】

氏名・法人名の公表に同意しない。