



新大病院ご寄附のお願い



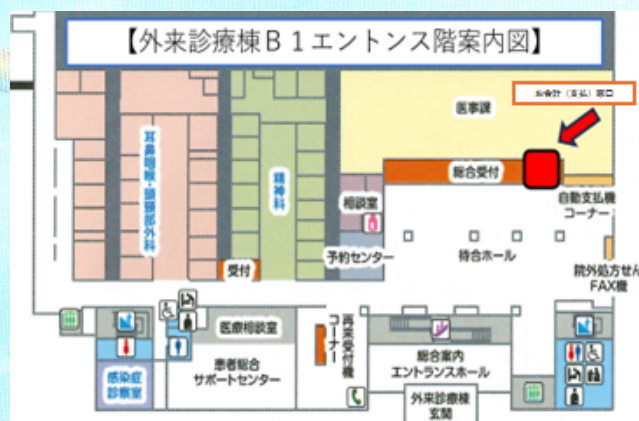
本院では、診療環境の充実やよりよい医療の研究・開発のため、民間企業や患者さんとそのご家族の皆様から、広く寄附金を受け入れる制度を設けています。多くの方が、本寄附金制度にご賛同いただきますようお願い申し上げます。

ご寄附のお申し込み手続き（1,000 円からお申込みいただけます）

新潟大学基金申込書を記入
（新潟大学基金申込書は裏面にございます）



お会計（支払）窓口へ提出
（外来診療棟 B1 エントランス階）



ご寄附は、以下の目的のため大切に使わせていただきます。

【先進医療の提供】

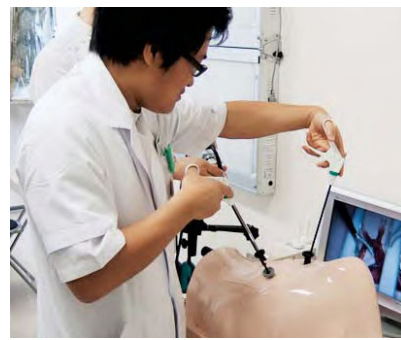
最新の医療機器を整備し、高度医療・先進医療を提供します。

【地域医療拠点としての体制整備】

本院は、基幹災害拠点病院、総合周産期母子医療センター等に指定されており、地域医療の中心的役割を担います。

【教育プログラムの実施】

県内医療従事者を対象に、職種ごとに対応したシミュレーション教育プログラム等を実施します。



【お問い合わせ先：医事課 収入係（025-227-2465） 外来診療棟 B1 エントランス階】

新潟大学
医歯学総合病院

新潟大学基金申込書

令和 年 月 日

郵便番号：_____

ご住所：_____

(ふりがな)

ご芳名：_____

お電話番号：_____

下記のとおり，新潟大学基金に寄附します。

1. 寄附の目的 (該当する□欄にチェックをつけて下さい)

☐ 病院運営の支援

＊ 寄附のきっかけとなった診療科（部）がございましたらご記入ください。

診療科（部）_____

☐ ドナルド・マクドナルド・ハウス新潟支援募金

☐ 魚沼地域医療教育センター・魚沼基幹病院基金（UKB 基金）

2. 寄附金額 金 _____ 円

※ ご芳名及びご寄附の金額を，広報誌・報告書等に掲載させていただくこともございます。

掲載を希望されない場合，また広報誌等の送付を希望されない場合は，下記の該当する□欄にチェックを付けてください。

☐ 氏名の掲載を希望しない（匿名希望）

☐ 金額の掲載を希望しない（ご芳名のみの掲載となります。）

☐ 今後、新潟大学広報誌や各種行事のご案内の送付を希望しない。