別紙2

**申込期限　平成30年6月23日(土)**

**第4回病院の機械を操作してみよう！～いのちのエンジニア体験～**

**協賛金申込書**

申込日　　　月　　　日

第4回 病院の機械を操作してみよう！～いのちのエンジニア体験～に賛同し、協賛金を次の通り申し込みます。

**円**（一口10,000円から受け付けます）

振込予定日　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 会社名 または 法人名 | フリガナ |
| 印 |
| ご住所 | （〒　　　　－　　　　　　） |
|
|
| 電話番号 |  |
| ご担当者 | 氏名 |
| 所属部署 |
| 携帯番号 |
| メールアドレス |
| 備考 |  |

※ご記入いただきました個人情報の内容は本事業の連絡以外には使用いたしません。

**協賛問い合わせ先**

申込先　〒453-8511　愛知県名古屋市中村区道下町3-35

名古屋第一赤十字病院　臨床工学技術課

蜂須賀　章友

**メール送信先：**aice.team.y@gmail.com

**連絡先：**052-481-5111（病院代表）