



## 新たなDMAT車で、迅速な災害派遣を。 病院一丸となって、災害から静岡の未来を守る！



### クラウドファンディングにて寄付募集中

創設156年を迎えた静岡市立静岡病院は、地域医療の基幹病院として、救急医療や高度専門・急性期医療を提供しています。

南海トラフ地震などの災害に備え、2013年に災害医療派遣チーム（DMAT）を創設し、災害拠点病院にも指定されました。

しかし、2024年1月の能登半島地震での活動を通し、悪路での移動が課題となりました。DMAT隊員の安全確保と、被災地への迅速な到着を実現するため、車両の改善が急務となっています。そこでこの度、オフロード対応のDMAT車を導入すべく、クラウドファンディングに挑戦します。

皆様のご寄付は、いざという時に頼れる盤石な体制を整備するために不可欠です。病院と地域が一体となり、安心できる未来をつくるために、ご協力をお願いいたします。

#### クラウドファンディング(寄付)募集概要

目標金額：1,000万円

寄付募集期間：

9月19日(金)8時から  
11月28日(金)23時まで

DMAT用のオフロード車両を購入するための費用として  
ご寄付と応援をお願いしております。

※本プロジェクトはAll in方式です。期日までに目標金額に届かなかった場合でも、目標金額分を自己負担するなどして、必ず実施内容の通り実行いたします。

本プロジェクトへのご寄付は、  
税制優遇の対象となります。  
詳細は右の二次元コードまたはURLから  
特設サイトをご覧ください。



156年のその先も、静岡の未来を支え続ける。  
DMATカー買い換えへ

<https://readyfor.jp/projects/shizuokahospital-dmat>

静岡病院 レディーフォー



お問い合わせ先

静岡市立静岡病院 クラウドファンディング担当  
TEL：054-253-3125

# ご寄付の方法

WEBサイトにアクセスいただき、クレジットカード、銀行振込でお支払いください。  
30万円未満のご寄付の場合は、コンビニ支払いもご利用いただけます。

「いずれかの  
方法で  
検索

156年のその先も、静岡の未来を支え続ける。DMATカー買い換えへ

<https://readyfor.jp/projects/shizuokahospital-dmat>

(キーワード) レディーフォー



1 プロジェクトの寄付にすむ  
をクリック



2 希望するコースにチェックを入れ  
個数を選択し次に進むをクリック



3 はじめて利用する方は新規登録へ  
をクリック



4 情報を入力し  
メールアドレスで登録をクリック



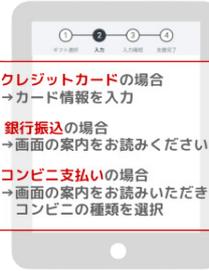
入力したメールアドレス宛に  
READYFORからメールが届きます。  
受信したメールの本文内にある  
iURLをタップしてください。

5 支払い方法を選択する



※コンビニ支払いは、ファミリーマート、  
ローソン、ミニストップに対応しています。  
寄付金額+システム利用料の合計金額が  
30万円未満のご寄付でご利用いただけます。

6 必要情報を入力



★クレジットカードの場合  
→カード情報を入力  
★銀行振込の場合  
→画面の案内をお読みください  
★コンビニ支払いの場合  
→画面の案内をお読みいただき、  
コンビニの種類を選択

7 ギフトお届け先（ご自身のお名  
前、住所等）を入力し  
入力内容の確認画面へ



8 入力内容を最終確認し  
寄付を確定するをクリック



★選択したコース、個数  
★合計金額  
★支払い方法  
★カード情報または口座情報  
★ギフトお届け先（住所）  
を確認し、  
アンケートとメール配信  
について回答

お手続き完了です！



銀行振込・コンビニ支払いの場合  
「支援履歴」から返金先情報のご  
設定をご確認ください。

## 現金でのご寄付は、当院窓口まで

現金による直接のご寄付も承っております。ご希望の方は、以下の申込書を記入の上、  
西館1階総合相談センター受付（11番窓口）でお声かけください。  
クラウドファンディング担当者が対応いたします。

### お申し込み情報

|  |      |   |               |   |
|--|------|---|---------------|---|
| かな<br>氏名   |      | ご寄付<br>内容   | コース（<br>円コース） | 口 |
| メール<br>アドレス                                      |      |   | 合計金額：         | 円 |
| 住所   | 〒    |   |               |   |
| 電話番号   | TEL： |   |               |   |
| HP/院内に掲載するお名前をご入力ください。<br>*ご希望でない場合は「なし」とご記入ください |      |   |               |   |
| お披露目会のご案内を送らせていただいてもよいでしょうか？                     |      | <input type="checkbox"/> 電子メールを希望する <input type="checkbox"/> 郵送を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない |               |   |