



社会医療法人 三宝会

南港病院

地域の皆様と患者様が緑に包まれ
心穏やかに過ごせる“新病院”を目指して



寄付募集 クラウドファンディング挑戦

目標金額：750 万円 | 期間：2026.1/19(月)～4/17(金)まで

ご寄付の使い道 | 病院まわりの緑化の一部

寄 付 金 控 除 対 象 外



インターネット上での手続きが難しい場合は、社会医療法人三宝会 南港病院まで直接ご連絡ください。

E-mail：koho@nankohp-group.jp TEL：080-9718-3728（南港病院 広報課）

READYFOR

南港病院 レディーフォー



※1月19日(月)から閲覧が可能になります！
<https://readyfor.jp/projects/nankohp>



南港ユマニテ病院
についてはコチラ



WEBサイトから寄付する

右記のサイトにアクセスいただき、クレジットカード、コンビニ
支払いまたは銀行振込でお支払いください。

※コンビニ支払いは、ファミリーマート、ローソン、ミニストップのみ対応です。

新病院のまわりを緑化し、
地域の憩いの場へ
ご支援をお願いします。



<https://readyfor.jp/projects/nankohp>

南港病院 レディーフォー



A～Sより ご希望のコースを お選び下さい。		お礼 メール	活動報告 レポートの 送付	新病院内 での 芳名版掲出 (希望制)	デジタル サイン広告	寿楽温泉 チケット	めばえ キッチン ペア ランチ券	リハビリ ガーデン植込み & 病院見学ツアー	葛城ベース 農業体験 大根収穫 プラン (お弁当付き)	ユマニチュード 見学会 (新病院見学兼ね)	新病院 見学会 ご招待 (希望制)	出張 講座 (60分)
コース	金額											
A	¥3,000	●	●									
B	¥5,000	●	●			● ※1						
C	¥10,000	●	●			● ※1 (ペア)						
D	¥10,000	●	●					● ※2				
E	¥10,000	●	●						● ※3			
F	¥30,000	●	●	● (小)		● ※1 (ペア)						
G	¥50,000	●	●	● (小)		● ※1 (ペア)	● ※1					
H	¥100,000	●	●	● (中)		● ※1					● ※5	
I	¥300,000	●	●	● (中)		● ※1				● ※4		●
J	¥500,000	●	●	● (大)	● (半年)	● ※1				● ※4		●
K	¥1,000,000	●	●	● (特大)	● (1年)	● ※1				● ※4		●

純粹応援コース

L	¥ 5,000	●	●									
M	¥ 10,000	●	●									
N	¥30,000	●	●	● (小)								
O	¥50,000	●	●	● (小)								
P	¥100,000	●	●	● (中)								
Q	¥300,000	●	●	● (中)								
R	¥500,000	●	●	● (大)								
S	¥1,000,000	●	●	● (特大)								

※各ギフトに関する詳細な条件・注意事項（日程、利用可能人数、有効期限、発送時期等）は、クラウドファンディングページに記載しております。お申し込み前に必ずご確認ください。
（ギフト内容はやむを得ない事情により変更となる場合がございます。あらかじめご了承ください。）

※1. 発行から6ヶ月間有効。2026年6月までに発送予定。交通費はご支援者様にてご負担ください。

※2.1回の支援につき1名までご利用可能。日程：2026年8月22日（土）実施。交通費はご支援者様にてご負担ください。

※3. 1回の支援につき1名（15歳以下のお子様2名まで）までご利用可能。日程：2026年12月5日・12日・19日 3日間開催 時間：13：00～15：30 交通費はご支援者様にてご負担ください。

※4. 1回の支援につき10名未満までご利用可能。2026年12月～2027年6月の期間で実施可能。見学日程についてはCF終了後ご連絡いたします

※5. 1回の支援につき2名様までご利用可能。2026年10月中で実施可能。見学日程についてはCF終了後ご連絡いたします。

病院の窓口で寄付する

クラウドファンディング期間中は、南港病院の受付（寄付窓口）にて現金での受付も行なっております。インターネットでのお申し込みが難しい場合は、ご来院ください。（受付時間：平日9:00-17:00）

お申込書

※必ず全項目のご記入ください。不足がある場合、正常にご寄付を受理できない、またはギフトをお送りできない場合がございます。

かな	必須	ご寄付 コース	必須	<input type="text"/>	コース	<input type="text"/>	〇数	※複数〇のご支援も可能です
氏名	必須							
住所	必須 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
電話番号	必須	メールアドレス						
<F～K、N～Sコースを選択された方> 新病院内の芳名版に掲出するお名前をご記入ください。				※掲出をご希望されない場合は「なし」とご記入ください 掲出氏名：				
<Hコースを選択された方> 新病院お披露目会ご招待を希望されますか。				<input type="checkbox"/> 希望します / <input type="checkbox"/> 希望しません				