

(様式第1号)

平成 年 月 日

寄付申込書

地方独立行政法人神戸市民病院機構
理事長 菊池 晴彦 様

ご住所：_____

お名前：_____

ご連絡先：() _____

この度、地方独立行政法人神戸市民病院機構に寄付をしますので、下記のとおり申し込みます。

記

1. 寄付物件 _____

金 _____ 円 (←寄付金の場合)

2. 寄付目的 _____

(↑特にない場合は記入不用です)

3. 寄付条件 なし

4. お名前等の公表について (可・不可) ←どちらかに○をつけて
ください。

「可」の場合、中央市民病院広報誌「しおかぜ通信」へお名前を掲載します。

加えて金額が10万円以上の場合は法人HPでもお名前を掲載します。