

(様式第1号)

令和 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 橋 本 信 夫 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 _____

(↑診療科、病棟名などをご記入下さい。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。