

(様式第1号)

寄 附 申 込 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人市立大津市民病院 理事長 様

寄附申出者

住所(主たる事業所の所在地)

氏名(名称・代表者)

ご連絡先 ( ) -

この度、下記のとおり地方独立行政法人市立大津市民病院に寄附をします。

記

1. 寄附物件(寄附金等の名称、数量及び価格)

金 円(金銭の場合)

2. 寄附の方法(□にチェックを入れて下さい)

ご持参  口座振込

(口座番号は別途お知らせ致します)

3. 市立大津市民病院ホームページへの掲載について

(寄附者氏名、寄附年月日、寄附金額又は寄附物品が記載されます。)

掲載させていただいてよければ、以下の「はい」に○をつけて下さい。

はい いいえ

4. 寄附者の氏名等記載について

(寄附物品に寄附者の氏名等を記載させていただきます。)

ご希望される方は、以下の「希望します」に○をつけて下さい。

希望します 希望しません

問い合わせ先: 地方独立行政法人市立大津市民病院  
経営管理課 財務係  
TEL 077-522-4607(代表)