（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することを申込みます。

記

1．寄附物件（寄附金等の名称、数量及び価格）

金銭	金　　円

	名称	数量	価格
その他物品等			

2．寄附の方法（□にチェックを入れてください）

□ ご持参・郵送　　□ 口座振込

（口座振込の場合、
口座番号は別途お知らせ致します）

3．申込みが受理された場合の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を掲載してよいか。

（□にチェックを入れてください）

□はい　　□ 匿名希望　　□ いいえ

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