

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

阿伎留病院企業団

企業長 殿

寄附申出書（寄附金用）

住所 (所在地)	〒 ー
氏名 又は（団体名及び 代表者名）	ふりがな ----- 印
連絡先	電話番号
	FAX番号

次のとおり、阿伎留病院企業団に寄附を申し出ます。

1 寄附金 金額 円

2 寄附金の使途の指定（希望する内容を記入してください。）

使途の指定がなく、公立阿伎留医療センター事業全般への寄附を希望する場合は、記入不要です。

--

(例) 医療機器の整備、病棟設備等の整備、看護教育、高度医療研究 等

3 寄附金の内容の公表について（該当する□にチェック✓を）

氏名、受領日及び寄附内容をホームページ等で公表させていただきます。

公表に同意する 公表には同意しない（匿名希望）

※ 未選択の場合は、「匿名扱い」とさせていただきます。

記入見本

提出される日付をご記入ください

様式第1号（第5条関係）

〇〇年 〇〇月 〇〇日

阿伎留病院企業団

企業長 殿

寄附申出書（寄附金用）

住所 (所在地)	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇 △△-□□
氏名 又は（団体名及び 代表者名）	ふりがな あきる たろう ----- 阿伎留 太郎 印
連絡先	電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 FAX番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

次のとおり、阿伎留病院企業団に寄附を申し出ます。

1 寄附金 金額 金（¥）〇〇〇〇円

2 寄附金の使途の指定（希望する内容を記入してください。）

使途の指定がなく、公立阿伎留医療センター事業全般への寄附を希望する場合は、記入不要です。

--

(例) 医療機器の整備、病棟設備等の整備、看護教育、高度医療研究 等

3 寄附金の内容の公表について（該当する□にチェック✓を）

氏名、受領日及び寄附内容をホームページ等で公表させていただきます。

公表に同意する 公表には同意しない（匿名希望）

※ 未選択の場合は、「匿名扱い」とさせていただきます。