平成　 年　 月　 日

地方独立行政法人加古川市民病院機構

理事長 大 西 　 祥 男 様

**寄　附　申　出　書**

ご住所：

お名前：

ご連絡先：（ 　　　）　　 －

この度、地方独立行政法人加古川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．寄付金額　　　　　　金 　　　　　　　　　　　　　　　円

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 （ 公表可 ・ 公表不可 ）いずれかに○をつけてください。※不可の場合は匿名として公表させていただきます。

５．加古川市民病院機構に対するメッセージ等がございましたら、ご記入ください。