　 ２０　　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附をしますので、下記のとおり申し込みます。

記

１．寄附品名及び数量

　　　　　　　　金 　　　　　　　　　　　　円（←寄附金の場合）

２．寄附目的

（特にない場合は記入不用です）

３．お名前等の公表について （ 公表可 ・ 公表不可 ）

いずれかお選びください。※不可の場合は匿名として公表させていただきます。

４．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。