

様式第1号

寄 附 申 出 書

令和**年**月**日

大町市病院事業管理者 様

住 所 大町市大町****-**

氏 名 大町 太郎

電 話 0261-22-****

下記のとおり寄附いたします。

記

- 1 寄附の内容および数量
(固定資産にあつては名称、種類および数量、金銭に当たっては金額)
現金 5,000円
- 2 寄附の目的
施設または設備、医療機器の整備のため
- 3 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
- 4 病院ホームページ等への掲載について (□にチェックを入れてください)
 はい 匿名希望 いいえ
※ 匿名の場合は、寄附内容のみを掲載いたします。
- 5 その他条件