

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理 事 長 あ て

住所 〒

会社（団体）名

(フリガナ)
代表者氏名

電話番号 ()

私は、次のとおり地方独立行政法人大阪市民病院機構

(病院名) への寄附を申し込みます。

☐ 寄附金額

金 田

上記、寄附金の使途（該当するものにチェックを入れてください。）

- ☐ 高度医療機器の整備のため
- ☐ 病院施設や療養環境の整備・充実のため
- ☐ 医師、看護師など職員の教育、育成
- ☐ 用途を指定しない

☐ 寄附物品名

氏名の公表についていずれかにチェックをお願いします。

- ☐ 実名での公表
- ☐ 匿名での公表
- ☐ 公表は希望しません

寄附金は、地方独立行政法人大阪市民病院機構定款第 18 条に規定する次の業務の範囲内で使用させていただき
ます。なお、ご寄附をいただける方より具体的な使途が示されている場合には、その目的に従って使用させていただきます。

また、使途が特定された事業が終了した時点で寄附の残金がある場合は、下記範囲で使用させていただきます。

- 医療を提供すること
 - ・ 高度医療機器の整備のため
 - ・ 病院施設や療養環境の整備・充実のため
 - ・ 小児医療の整備・充実のため
- 医療に関する調査及び研究を行うこと
- 医療に従事する者の育成を行うこと
- 前各号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと