

寄 附 申 出 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪市民病院機構
理 事 長 あて

会社（団体）名	
代 表 者 氏 名	フリガナ
所 在 地	〒
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 _____ 円

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
- 使途を指定しない

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