≪様式２－団体≫

**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