

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

氏 名	フリガナ ○ ○ ○ ○
	○ ○ ○ ○
現 住 所	〒 1 2 3 - 4 5 6 7
	○○県○○市○○ ○—○—○
電 話 番 号	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9

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) 病 院 名 への寄附を申し込みます。

 寄附金額

金 1 2 , 3 4 5 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

おもちゃ等

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 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	〒 1 2 3 - 4 5 6 7
	○○県○○市○○ ○—○—○
電話番号	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9

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) 病 院 名 への寄附を申し込みます。

寄附金額

金 1 2 , 3 4 5 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

おもちゃ等

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