≪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

（申出者）

住　所　〒

会社（団体）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）　大阪市立総合医療センター　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

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