

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 〒

氏 名 (フリガナ)

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