≪記入例≫
※　　の箇所をご記入ください。

（様式第２号）

年　　月　　日

寄　付　申　込　書

地方独立行政法人神戸市民病院機構
理事長　　橋　本　信　夫　様

〒

ご住所：

お名前：

電話番号：（　　）　　－

EMAIL：

この度、地方独立行政法人神戸市民病院機構に寄付をしますので、下記のとおり申し込みます。

記

金額をご記入ください。

１．寄付金　　円
（ご寄付の金額をご記入ください）

２．寄付目的　　新病院整備事業（西市民病院）

３．寄付条件　　なし

４．公表の可否　（以下の項目について、いずれか一方に○をつけてください）
・お 名 前 ：　（ 可 ・ 不可 ）
・寄付金額 ：　（ 可 ・ 不可 ）

□　裏面記載の説明・注意事項を確認し、同意します。

裏面を確認し同意いただけましたら、チェックをお願いいたします。