

(様式第1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

住所: _____
(※主たる事務所の所在地)

氏名: _____ (印)
(※法人等の名称及び代表者)

連絡先: () _____

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

1. 寄付金額 円

2. 寄付目的

3. 寄付の予定年月日 年 月 日

4. 寄付の方法

5. 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)

・社名 : (可 ・ 不可)

・寄付金額 : (可 ・ 不可)

6. その他