様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日  　兵庫県立淡路医療センター院長　様  　　　　　　　　　　　　　　　寄附者　　住　所    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先  **寄　附　申　出　書**  　　下記のとおり兵庫県立淡路医療センターに寄附します。  記  　１　寄附の目的：    　２　寄附金等の内容（固定資産にあっては名称、規格、数量及び金額（評価額））  　　・　寄附品：  　　・　寄附金：　　　　　　　　　　円  　３　寄附（予定）日　　　令和年月日  　４　寄附の方法：次のいずれかに○をお願いします。  　　・　寄附品の現物寄附  　　・　寄附金（銀行振込） 　　・　寄附金（郵送）  　　・　寄附金（病院窓口へ持参）    　５　その他：ご氏名、法人名、団体名の公表について、承諾される場合は「可」に、  承諾されない場合は「否」に○をお願いします。  　　　　　　・　院内掲示　　　　　　　　　　可　・　否  　　　　　　・　ホームページへの掲載　　　　可　・　否  　　　　　　・　病院広報紙への掲載　　　　　可　・　否   * 寄附にあたって条件等がございます場合に記入してください。  |  | | --- | | （条件等） | |