（様式）

令和　　年　　月　　日

寄　附　申　込　書

　この度、兵庫県立尼崎総合医療センターに寄附しますので、下記のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名又は法人名 |  |
| 住所又は所在地 |  |
| 電話番号 | （　　　）　　―　 |
| 寄附金額または寄附物品 | 　　　　　　　　　　　　　　　（円） |
| 氏名等の公表について(※1) | 公表しても良い　・　公表を希望しない |
| 使途についてのご希望(※2） |  |
| 寄附の動機等 |  |

※１　公表の可否について、どちらかに○をつけて下さい。「公表しても良い」とご承諾い

ただけましたら、氏名又は法人名をホームページに掲載させていただきます。

※２　使途について、主に特定の部署による活用を希望される方は、診療科名や病棟名を

ご記入下さい。未記入の場合は、病院全体で活用させていただきます。