

(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
用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 用途について、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。