

平成 年 月 日

寄附申込書

豊中市病院事業管理者 様

住所 _____

ふりがな
氏名 _____ ㊞

電話 _____ () _____

下記のとおり寄附を申し出ます。

記

1. 寄附金額 _____ 円

2. 寄附の目的 市立豊中病院の医療の充実を図るため

3. 寄附の方法 銀行振込
 窓口へ持参

4. その他 氏名・団体名、金額の公表の可否 可 否
(ホームページ、広報誌に掲載します)