

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)