

寄 附 申 出 書

(宛 先)
川 崎 市 長
川崎市病院事業管理者

次のとおり寄附したいので申し出ます。

1 寄附者住所 (〒 -)

.....
.....

2 寄附者氏名 (ふりがな)

.....

3 寄附の目的

.....

4 寄附金品の名称、数量及び金額

	名称	単価	数量	金額 (物品の場合は単価×数量)
物品				
金銭	<p>【用途】 <input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 医療機器や設備の整備・拡充</p> <p><input type="checkbox"/> 上記以外の病院運営諸経費</p> <p>ご希望の用途</p> <p>※ご指定が無い場合は「上記以外の病院運営諸経費」に使わせていただきます。</p>			
合 計				

5 氏名等の公表の可否

該当するものにチェックしてください。同意いただいた項目については、ホームページ等にて掲載させていただきます場合がございます。

- 氏名、寄附金品の公表に同意する。
- 氏名のみ公表に同意する。
- 寄附金品のみ公表に同意する。
- 公表に同意しない。