

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 寄附者氏名（ふりがな）

- 2 寄附者住所及び電話番号

- 3 関係する患者様の氏名・住所・寄附者との関係

- 4 寄附の目的

- 5 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>【使途】 <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>ご希望の使途</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				

6 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。

- 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。