

寄 附 申 出 書

金 額 _____ 円

(寄附目的)

天草市立牛深市民病院の診療機能向上のため上記のとおり寄附します。

年 月 日

寄附者

住 所

氏 名

連絡先

メールアドレス：

天草市病院事業管理者 様

(記載上の注意)

寄附者が、法人または団体の場合は、「住所」のところに所在地を記載し、「氏名」のところに法人名または団体名と代表者の氏名を記載してください。

(備考)

① 寄附金の納付方法 (□にチェックを入れてください。)

- 現金を持参する。 現金書留で送金する。
 金融機関を利用する。(納付書を送付します。)

② 当該寄附に関し氏名等の公表について

- ・寄附者氏名、寄附年月日、寄附金額が公表されます。

(どちらかに○をお願いします。)

同意します

同意しません