

橋本市民病院応援寄附金 寄附申込書

橋本市民病院応援寄附金事業の趣旨に賛同し、次のとおり寄附を申し込みます。

年 月 日

橋本市病院事業管理者 様

ご住所 連絡先	〒 ー	
	電話番号(自宅・携帯・その他) ー ー	
ふりがな		
ご氏名		
寄附金額	円	
寄附金の使途	・各種活動等の推進事業 ・施設等の環境整備事業 ・職員のスキルアップ支援事業	
寄附予定年月日	年 月 日頃	
ご連絡先	ご連絡先が、上記のご住所・ご氏名と異なる場合のみ、次の欄に御記入ください。	
	ご住所	〒 ー 電話番号(自宅・携帯・その他) ー ー
	ふりがな	
	ご氏名	
芳名録への掲載 について	寄附者のご氏名を当院ホームページに掲載させていただきます。 掲載を望まれない場合は、次の選択肢にチェックをお願いします。 <input type="checkbox"/> 芳名録への氏名・名称等の掲載を希望しない	
当院への メッセージ		

橋本市民病院事務局経営管理課寄附金事業担当

〒648-0005 橋本市小峰台 2-8-1

TEL 0736-37-1200 (代表) FAX 0736-37-1880