

寄附申出書

		年月日	年	月	日
寄附者	住所	〒			
	氏名		電話番号		
寄附の内容 (品名、数量)			金額	円	
使途の希望	希望がある場合はご記入ください。 [] 特に希望がない場合は当院で決めさせていただきます。				
支払い方法※	<input type="checkbox"/> 口座振り込み（お近くに山陰合同銀行の窓口がない場合やATMから振り込まれたい場合はこちらをお選びください。振込手数料がかかります。） <input type="checkbox"/> 納入通知書による振り込み（後日郵送します。山陰合同銀行の窓口でお振り込みください。ATMは利用できません。振込手数料はかかりません。）				
氏名公表※	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません （同意された方は島根県立中央病院ホームページにお名前を掲載します）				
その他特記事項					

※該当するものに✓を入れてください