

様式1

記入例

寄附申出書

		年月日	令和 ○年 ○月 ○日	
寄附者	住所	〒 123-4567 ○○県○○市○○町○-○-○ ○○マンション○号室		
	氏名	○○○○	電話番号	012-345-6789
寄附の内容 (品名、数量)		現金	金額	10,000 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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; margin-left: 20px;"> がん対策に充ててほしい </div>			
支払い方法※	<input checked="" 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A T M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。A T M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 checked="" 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	寄附金等受領証明書の送付先が寄附者住所氏名と異なる場合はこちらに送付先をご記入ください。			

※該当するものに✓を入れてください

島根県立中央病院