

令和 年 月 日

旭川市病院事業管理者 様

寄附者 住 所
氏 名
連絡先

印

(自筆の場合は押印不要)

寄 附 申 出 書

次のとおり、市立旭川病院に寄附を申し出ます。

1 寄附の目的

2 寄附金等の内容

3 寄附の予定年月日 令和 年 月 日

4 寄附の方法

5 その他

個人で寄附していただける方におかれましては、ご氏名の公表について承諾いただける場合は「可」に、承諾されない場合は「否」に○をお願いいたします。

(1) ホームページへの掲載 可 ・ 否

(条件等)

※「4 寄附の方法」については、寄附金の金融機関振込、現物寄附等をご記入願います。
※ご寄附に条件等がございましたら「5 その他」にご記入願います。