

病院応援寄附申込書

ひだか病院長 宛

申込日：令和 年 月 日

私は、「ひだか病院応援寄附金」の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附を申し込みます。

寄附者区分	☐ 個人 ☐ 法人・団体
ふりがな	
氏名または法人・団体名	
代表者名（法人・団体の場合）	
住所または所在地	〒
電話番号	
メールアドレス	
寄附金額	金 円
寄附予定日	令和 年 月 日
寄附の方法	☐ 銀行振込 ☐ 現金持参 ☐ その他（ ）
顕彰・氏名掲載	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 匿名を希望する
寄附受領書の宛名	☐ 上記と同じ ☐ その他（ ）
備考	

※ご記入いただいた個人情報は、寄附金の受入れ、受領書の発行、顕彰、連絡調整その他寄附金事務に必要な範囲で使用します。