

(様式第1号)

年 月 日

## 寄付申込書

地方独立行政法人神戸市民病院機構  
理事長 橋本 信夫 様

〒

ご住所：\_\_\_\_\_

お名前：\_\_\_\_\_

ご連絡先：( ) \_\_\_\_\_

この度、地方独立行政法人神戸市民病院機構に寄付をしますので、下記のとおり申し込めます。

### 記

1. 寄付物件 \_\_\_\_\_

金 \_\_\_\_\_ 円 (←寄付金の場合)

2. 寄付目的 \_\_\_\_\_

(↑特にない場合は記入不用です)

3. 寄付条件 なし

4. お名前等の公表について ( 可 ・ 不可 ) ←どちらかに○をつけて  
ください。

「可」の場合、

- 病院広報誌へお名前を掲載します。
- 金額が10万円以上の場合は法人ホームページでもお名前を掲載します。
- 金額が10万円以上の場合は神戸アイセンター病院2階受付横の寄付者芳名板に刻銘します。