（様式第２号）

令和　　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みます。

記

１．寄付物件　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円（←寄付金の場合）

２．寄付目的　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

記載例：診療のため、iPS の研究のため、病院運営のため 等
（特にない場合は記入不要です）

３．寄付条件　　なし

４．公表の可否　　以下の項目について、いずれか一方に○をつけてください。
・お名前　　：　（　可　・　不可　）
・寄付金額　：　（　可　・　不可　）※金額が 10 万円以上の場合

「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・金額を掲載します。
○ 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。

※なお、寄付の申し込み時点で、神戸アイセンター病院および中央市民病院、西市民病院、西神戸医療センターに入院中の患者様（そのご家族を含む）からのご寄付は、受入れできませんので、予めご了承ください。