

寄 附 申 出 書

令和 年 月 日

(申出先)
脳卒中・神経脊椎センター病院長

住所 :

氏名 :

電話番号 :

脳卒中・神経脊椎センターに対し、診療機能向上のため、次のとおり寄附を申し出ます。

1 寄附金額

_____ 円

2 当該寄附に関し、氏名の公表について（どちらかに○をお願いします）

・ 同意します

・ 同意しません

3 当該寄附に関し、入金の方法について（どちらかに○をお願いします）

・ 口座振替払いを希望します

(後日病院から入金していただく口座をご連絡します)

・ 銀行や郵便局窓口での支払いを希望します

(後日病院から上記住所に納入通知書を送付します)

※記載していただく個人情報については、寄附受納書・お礼状等の送付に使用させていただきます。