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（どちらかに〇をお願いします）

・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（どちらかに〇をお願いします）

|  |  |
| --- | --- |
| ・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。