

寄附申出書

令和 年 月 日

社会福祉法人 大阪社会医療センター理事長 様

寄附者

住 所 (〒 -)

氏 名 印

(法人にあっては、法人名及び職・氏名)

ご連絡先 () -

貴センターの運営のため、下記のとおり寄附します。

記

- | | | | |
|---|-------|---|---|
| 1 | 寄附金額 | 金 | 円 |
| 2 | 寄附の目的 | 付属病院の運営及び社会医学的調査研究の
充実発展のため | |
| 3 | 寄附の条件 | なし | |
| 4 | 寄附の方法 | ☐ 銀行振込
☐ 窓口へ持参 | |
| 5 | 情報公開 | 氏名・法人名、金額の公表の可否 | ☐ 可 ☐ 否
(ホームページに掲載します) |

※否の場合は匿名として公表させていただきます。