

公益財団法人 会田病院

寄附金申込書

平成 年 月 日

公益財団法人 会田病院
理事長 会田 征彦 殿

下記の通り、寄附を申し込みます。

記

寄附金額 金 円也

以上

○住所（所在地）

〒 —

○法人名（個人の場合は記入不要）

（ふりがな）

○氏名又は代表者名

（ふりがな）

印

○電話番号

()

○寄附方法

現金

銀行振込（振込み予定日 月 日）

○広報誌・ホームページ等への記載

希望する 希望しない

| | |
|----|----|
| 受付 | 処理 |
| | |

※記載いただいた個人情報は当寄附金に関わる業務以外には使用しません。