

(様式第1号)

平成 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 菊池 晴彦 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 \_\_\_\_\_  
( 特にない場合は記入不用です )

3. 寄付条件 なし

4. お名前等の公表について ( 可 ・ 不可 ) どちらかに をつけて  
ください。