

# 寄 附 申 出 書

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

(宛先) 名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院 病院長

住所／所在地

ふ り が な  
氏名／法人名

電 話 番 号

次の物品を名古屋市立大学医学部附属リハビリテーション病院の病院運営に役立つものとして寄附します。

品 名	数 量 等
-----	-------

※現金をご寄附いただける場合は品名欄に「現金」と記入し、数量等欄に金額を記入してください。

◆氏名／法人名や寄附内容（物品名、数量等）の公表（当院ウェブサイトへの掲載等）について、該当する□にチェックを入れてください。

※未選択の場合は、「匿名扱い」とさせていただきます。

氏名／法人名、寄附内容ともに公表に同意します。

氏名／法人名のみ公表に同意します。

公表に同意しません（匿名希望を含む）。

リハビリテーション病院記入欄

受付日	令和 年 月 日	感謝状	希望あり・希望なし
寄附受領日	令和 年 月 日・未	備考	
口座情報発送日	令和 年 月 日		
入金日	令和 年 月 日		
証明書発行日	令和 年 月 日	担当	経営課経営係 ( )
証明書発送日	令和 年 月 日		