

様式 I

寄 附 申 出 書

品 名		数 量	
-----	--	-----	--

※現金の場合は現金と金額をご記入ください。

上記物品を東部医療センターの病院運営に役立つもの

として寄附します。

令和 年 月 日

住所

氏名

電話

■ 寄附内容の公表について（該当する□にチェックを）

お名前や品名を当院ホームページや院内掲示等で公表させていただきます。

☐ 氏名、寄附内容の公表に同意する。

☐ 氏名のみの公表に同意する。

☐ 公表に同意しない。（匿名希望）

※未選択の場合は「匿名扱い」とさせていただきます。

（あて先） 名古屋市立大学医学部附属 東部医療センター