

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病院東部医療センター

様式 I

東部医療センター処理欄

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		