寄付金申込書

年　　月　　日

総合病院厚生中央病院長　殿

<table>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">申込者
（領収書宛名）</td><td colspan="10">フリガナ</td></tr>
<tr><td colspan="10">氏　名</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">連絡先
（振込口座ご案内の送付先）</td><td colspan="10">住所　〒</td></tr>
<tr><td colspan="10">電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">寄付申込予定額
（千円単位）</td><td>金</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>0</td><td>0</td><td>0</td><td>円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">確認事項</td><td>ご芳名の公表</td><td colspan="10">当院ホームページなどへのご芳名の公表に
同意する　・　同意しない
※　いずれかに〇をしてください</td></tr>
<tr><td>当院への寄付に関する留意事項</td><td colspan="10">①　当院は寄付の税控除対象法人でないため、ご寄付をいただいた場合でも、税金の控除対象とはなりません。
②　寄付の対価として、利益又は便宜を供与することはできません。
③　お振込手数料は、ご寄付される方のご負担となります。
□　上記について理解しました。
※　□に✓をしてください</td></tr>
</table>

本書のご提出後、当院から「振込口座にかかるご案内」を送付いたします。
なお、お預かりした個人情報は、目的以外に使用及び第三者に開示することはありません。

本書送付先
〒 153-8581
東京都目黒区三田 1-11-7
厚生中央病院　会計課　寄付係
電話：03-3713-2141（代表）　受付時間 平日 9 時から 17 時
FAX：03-3713-4963