寄　付　申　込　書

令和　　年　　月　　日

（あて先）地方独立行政法人 市立東大阪医療センター
理事長　谷口　和博

住　　所

氏　　名　　㊞

電話番号

私は、地方独立行政法人 市立東大阪医療センターに、下記金額の寄付を申し込みます。

記

金額　　円

寄付の使い道　いずれかに✔をお願いします。
※ チェックがない場合には、法人に一任とさせていただきます。

☐　高度医療機器の整備
☐　施設又は設備の整備
☐　患者サービスの向上や高度・専門医療を提供するための病院運営費

ホームページや掲示物等への氏名公開　いずれかに✔をお願いします。
※ チェックがない場合には、氏名公開不可として取扱いさせていただきます。

☐　可
☐　不可（匿名　様として掲載させていただきます）