様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 令和　　年　　月　　日　滋賀県病院事業庁長　様　　　　　　　　　　　　　　　　寄附者　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（自筆の場合は押印不要）**寄　附　申　込　書**　　下記のとおり滋賀県立総合病院に寄附します。記　１　寄附の目的　２　寄附金等の内容（固定資産にあっては名称、種類および数量、金銭にあっては金額）　３　寄附の予定日　　　令和　　年　　月　　日　４　寄附の方法　５　その他　　　　個人で寄附していただける方につきましては、ご氏名の公表について　　　　承諾される場合は「可」に、承諾されない場合は「否」に○をお願いします。　　　　　　・ホームページへの掲載　　　　　可　・　否・寄附者のご芳名の院内掲示　　　可　・　否

|  |
| --- |
| （条件等）　 |

 |

※　「４　寄附の方法」については寄附金の金融機関振込、寄附品の現物寄附等をご記入ください。

※　ご寄附に条件等がございます場合には、「５　その他」にご記入ください。