

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

⑨

(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 (固定資産にあつては名称、種類および数量、金銭にあつては金額)
- 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。