寄附申出書

　　　　　　　　　円

ただし、　市民病院の診療機能向上のため、上記のとおり寄附をします。

年　　月 　 日

　　　　　　　　住所:

氏名:

電話番号:

横浜市立市民病院

当該寄附に関し、氏名の公表について

（どちらかに〇をお願いします。）

　・　同意します。

　　・　希望しません。

当該寄附に関し、入金の方法について

（どちらかに〇をお願いします。）

* 口座振替払いを希望します

（後日病院から入金していただく口座をご連絡します）。

* 銀行や郵便局窓口での支払いを希望します。

（後日病院から上記住所に納入通知書を送付します。）