

# 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○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○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。)