

寄付申出書



ただし、市民病院の診療機能向上のため、上記のとおり寄付をします。

平成 年 月 日

住所：

氏名：

電話番号：

横浜市立市民病院

当該寄付に関し、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。