

寄附申出書



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。