

寄附申込書

平成 年 月 日

公益財団法人 仙台市医療センター

代表理事 中川 洋 殿

(寄附者)

〒

住 所

氏 名

印

(法人の場合は、法人名及び代表者の役職・氏名をご記入ください。)

電話番号

— —

下記のとおり公益財団法人仙台市医療センターに寄附いたします。

記

1. 寄附金額 金 円

2. 寄附の用途 (ご寄附の用途にご希望がある場合は、以下にご記入願います。)