

寄附申込書

令和 年 月 日

公益財団法人 仙台市医療センター

代表理事 亀山 元信 殿

(寄附者)

住 所 〒 —

氏 名

(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

いずれかに をつけ、用途を特定する場合は内容や施設名をご記入ください。

用途は特定しない

用途を特定する ()

3. ホームページにおける寄附者名の公表について

いずれかに をつけてください。

公表に同意します (氏名 法人名、企業名 匿名)

公表を希望しません

4. ホームページにおける寄附金額の公表について

公表に同意します

公表を希望しません