

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 中川 洋 殿

(寄附者)

〒 ー

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 ー ー

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 ☐ 寄附金額)

☐ 公表を希望しません。