（様式１）

年　　月　　日

公益社団法人　地域医療振興協会
横須賀市立市民病院　管理者　長嶺　弘太郎　様

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

寄　附　金　申　出　書

標記について、下記のとおり寄附を申し出いたします。

記

１．寄附金品の名称、数量及び価格（金銭については金額）

円

２．寄附の予定年月日

年　　月　　日

３．寄附の方法（いずれかに✔を付けてください。）

☐ 現金　　☐ 振込　　☐ 現物　　☐ その他（　　）

４．寄附金の使途（いずれかに✔を付けてください。）

☐ 使途を指定しない
☐ 使途を指定する

［使途の内容を具体的に記載ください　　］

５．その他

※ 反社会的勢力に属する方からのご寄附についてはお受けすることはできません。受け入れ後に寄附者が反社会的勢力であることが判明した場合には寄附金を返還いたします。