地方独立行政法人　知多半島総合医療機構

寄附申込書

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒　　　　‐ |
| 連絡先 | 電話番号：　　　　‐　　　　‐メール　： |
| 寄附病院 | □知多半島総合医療センター　（旧半田市立半田病院） | □知多半島りんくう病院　（旧常滑市民病院） |
| 寄附額 | 金　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 寄附の目的 | 該当する項目にチェックしてください□療養環境整備のため　　　□医療機器購入のため□職員のため　　　　　　　□機構におまかせ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 振込先案内 | □メール希望　　□郵送希望 |

ホームページ・銘板への寄附者の氏名等掲載の希望（該当する項目にチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 個人 | ホームページへの掲載（20万円以上）□氏名、寄附金額、寄附日の掲載を希望する□氏名、寄附日の掲載を希望する　□掲載しない |
| 寄附銘板への掲示（20万円以上）※小：20万円以上　中：50万円以上　大：100万円以上□掲示を希望する　　　□掲示しない |
| 団体 | ホームページへの掲載（50万円以上）□団体名、代表者名、寄附金額、寄附日の掲載を希望する□団体名、代表者名、寄附日の掲載を希望する□団体名、寄附日の掲載を希望する□団体名、寄附金額、寄附日の掲載を希望する　□掲載しない |
| 寄附銘板への掲示（50万円以上）※小：50万円以上　中：100万円以上　大：200万円以上□団体名、代表者名の掲示を希望する□団体名のみ掲示を希望する　□掲示しない |

問合せ　地方独立行政法人　知多半島総合医療機構　法人本部　経営企画課　経理係

TEL：0569-89-0515　FAX：0569-89-0535　メール：keiri@chitahantogmo.or.jp