

直接、本書類を病院にお持ちいただいても、下記 FAX でご送信いただいても結構です。

FAX 送信先：072-958-3291 大阪はびきの医療センター 総務グループあて

(様式第 1 号)

寄 附 申 込 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター 院長 様

申込者
名称
代表者職・氏名
主たる事業所の所在地
(個人は氏名及び住所)

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきのセンターに対し、下記のとおり寄附を申込みます。

記

- 寄附金品の金額 _____ 円
(現金以外にあっては、名称、数量及び価額)
- 寄附の目的 _____
- 寄附の予定時期 令和 年 月 日
- 寄附の方法 口座振込 ・ 現金持参
- 寄附者銘板への御芳名掲示 希望する ・ 希望しない
(寄附金額 10 万円以上の方)
- 大阪府に住民票がある方 可 ・ 不可
(税控除事務処理のため市町村への個人情報提供)
- その他 (センター等が必要と認める事項)

振込先口座について 本書ご提出後、下記銀行口座にお振込頂きますよう、お願い申し上げます。
(振込手数料は振込者ご負担でお願いいたします)

【振込先】 三菱 UFJ 銀行 (銀行コード：0005) 大阪公務部 (店番：100) 普通 1005593
口座名義 地方独立行政法人大阪府立病院機構 理事長 遠山 正彌
チホド クリツキ ヨセイホウジンオオサカフツビ ヨウインキョウ リジチヨウ トヤマ マサヤ