

特定寄附金申込書

令和 年 月 日

公益社団法人宮崎市郡医師会
会長 高村 一志 様

〒

寄附者の住所
(所在地)

寄附者の氏名
(法人名および職・氏名)

印

電話番号

()

—

公益社団法人宮崎市郡医師会特定寄附金に係る募金目論見書により、下記のとおり寄附を申し込みます。

記

1. 寄附金の金額

< 宮崎市郡医師会病院の医学研究・教育研修の充実に係る寄附金 >

一口 10,000 円 _____ 口 寄附金額 _____ 円

2. 寄附の目的 (下記項目の口にチェックを入れ、ご記入をお願いします。)

医学研究活動の支援

※特定の診療科へ寄附する場合は、診療科名を下記に記入して下さい。

(診療科名 : _____)

※診療科を特定しない場合は、下記項目に○をつけて下さい。

(特定の診療科なし)

職員教育研修の支援 (職員の職種 : _____)

3. お名前、法人名の公表の可否 (可 ・ 否)

※上記の寄附金は、適正な募集経費を控除した残額の総額を、定款第4条の公益目的事業の全部又は一部に使用します。(寄附金等取扱規程第5条2項)

宮崎市郡医師会病院 経理課
寄附金募集係

FAX : 0985-77-9121