様式第1号（第3条関係）

令和　　年　　月　　日

　公立小野町地方綜合病院企業団

企業長又は院長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　寄附申出者　住所（主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称・代表者）　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）

寄　　附　　申　　出　　書

　下記のとおり、公立小野町地方綜合病院に寄附します。

記

１　寄附の目的

２　寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては、金額）

３　寄附の予定年月日　　　　令和　　年　　月　　日

４　寄附の方法

５　その他

備考

（１）「４　寄附の方法」については、金銭の金融機関振込、寄附品の現物寄附等ご寄附　　　いただく方法をご記入ください。

（２）ご寄附に条件等がございます場合には、「５　その他」にご記入ください。