医療法人社団七仁会田園調布中央病院寄附申込書

医療法人社団七仁会田園調布中央病院 理事長 横川秀男 殿

| | 申込年月日 | 年 | 月 | 日 |
|---------------------------------------|--------------|--------|----|---|
| | 郵便番号 | | | |
| | 住所 | | | |
| | 法人名又は個人氏名 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 次のとおり寄附します。 なお、ホームページに氏名を掲載することについ | って、(承諾します ・ | 承諾しません |)。 | |
| 寄附金額 金 | _ 円 | | | |
| 寄附目的 次のいずれかにチェックしてください □ 病院運営 |) 0 | | | |
| □ 設備・備品購入 | | | | |
| □ 患者の療養環境向上 | | | | |
| ※チェックがない場合、上記いずれかの目的に | 合って使用いたします。 | | | |

医療法人社団七仁会田園調布中央病院寄附申込書

| 医療法人 | 、社団七仁会 | 会田園調布中央病院 |
|------|--------|-----------|
| 理事長 | 横川秀男 | 殿 |

| 理事長 | 横月 | 秀男 | 殿 | | | | | | |
|-----|------------|---------|----------|------------|--------------|----------|-------|------------|---|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | 申込年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | | | | | 郵便番号 | | | | |
| | | | | | 住所 | | | | |
| | | | | | 法人名又は個人氏 | 氏名 | | | |
| | | | | | 電話番号 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 寄附: | 物品。 物品。 | の表示 | 一 | 1940 9 0 0 | て、(承諾します | <u> </u> | 10260 | <i>)</i> • | |
| | (品 規 | 名) 格 | | | | | | | |
| | 数 | 量 | | | | | | | |
| | 価 | 格 | | | | | | | |
| 寄附申 | 出のヨ | 理由 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

医療法人社団七仁会田園調布中央病院寄附申込書

| | | | | 令和 | 年 | 月 | <u></u> 日 |
|---|-----------------------|--------|-----------|----|---|---|-----------|
| | 去人社団七仁会田園 長 横川秀男 殿 | 調布中央病衣 | | | | | |
| | | | 申込年月日 | | 年 | 月 | 日 |
| | | | 郵便番号 | | | | |
| | | | 住所 | | | | |
| | | | 法人名又は個人氏名 | 名 | | | |
| | | | 電話番号 | | | | |
| 役 | 務の提供 | | | | | | _ |
| | 内容 | | | | | | |
| | 日時 | | | | | | |
| | 履行場所 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | その他 | | | | | | |
| 寄 | その他 が申出の理由 | | | | | | |