寄付申込書

武蔵野赤十字病院 総務課宛

FAX　　0422-32-3525

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 寄付者様  ご氏名 | (ﾌﾘｶﾞﾅ) | 患者様  ご氏名 | | (ﾌﾘｶﾞﾅ) |
|  |  |
| ご住所 | （〒　　　　　　－　　　　） | | | |
|  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| ご寄付金額 | 円 | | 税控除　（□希望する　　□希望しない） | |
| ご芳名の掲示 | 院内銘板　（□希望する　　□希望しない）  ※院内銘板へのご芳名の掲示は個人50万円以上、法人300万円以上ご寄付された方を対象とさせていただきます。 | | | |
| ご寄付の理由 | 新病院建設資金 | | | |