

寄 附 申 出 書  
（ 寄 附 金 用 ）

年 月 日

公立岩瀬病院企業団

(フリガナ)

氏 名

申込者 住 所

電話番号

下記のとおり寄附したいので、申し出ます。

記

寄附金額	円	
寄附の使途	<input type="checkbox"/>	使途は特に指定しません
	<input type="checkbox"/>	使途特定（ ）
寄附金の納入方法	<input type="checkbox"/>	銀行振込
	<input type="checkbox"/>	現金納入（総務課）
	<input type="checkbox"/>	現金書留
広報誌等への掲載	<input type="checkbox"/>	公表を希望します。
	<input type="checkbox"/>	公表を希望しません。

※ 該当欄に○印を付けてください。

公立岩瀬病院企業団へのご意見などございましたら、お書きください。

【 問い合わせ先 】

公立岩瀬病院企業団 総務課

住所 〒962-8530 福島県須賀川市北町20番地

電話 0248-75-3111 FAX 0248-73-2417

Eメール soumu2@iwase-hp.jp