

寄 付 申 出 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人宮城県立こども病院
理事長 今 泉 益 栄 殿

〒

住 所
氏 名
電話番号
メールアドレス

印

下記のとおり寄付したいので、受納願います。

記

1 寄付金額 金 _____ 円

2 寄付の目的（用途を指定する場合は、具体的に記入願います。）

3 情報公開の希望

ご寄付いただいた皆様のご芳名（企業名）をホームページ上で掲載しております。
掲載の希望について、以下項目にチェックをお願いします。

ご芳名のみ掲載を希望する

掲載を希望しない

ご芳名及び寄付内容の掲載を希望する