

(様式 1)

近畿中央病院きんちゅう基金

寄附金申込書

年 月 日

公立学校共済組合近畿中央病院長 殿

私は、下記の事項に基づき公立学校共済組合近畿中央病院に寄附したく存じますので、受領ください。

申込者	フリガナ									
	氏名									
連絡先	住所 〒									
	電話番号									
寄附申込予定額 (千円単位)	金						0	0	0	円
振込予定年月日	年 月 日 頃									
ご芳名の公表について	<input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない									
感謝状について	<input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要									

※お預かりした個人情報は厳重に保管し、目的以外に使用することはありません。

※ご芳名の公表につきましては、5万円以上のご寄附を頂いた方が対象となります。

【注意事項】

- 当院は寄附の税控除対象法人ではないため、二千円以上の寄附をいただいた場合でも、税金の控除対象とはなりません。
- 寄附の対価として、寄附者又はその関係者（以下、「寄附者等」）に何らかの利益や便宜の供与をすることはありません。
- 寄附金の用途を指定することはできません。
- 寄附の経理について、寄附者等が会計検査を行うことはできません。
- お受けした寄附をお返しすることはできません。
- 寄附により取得した財産を、寄附者等へ譲渡することはできません。
- 暴力団、反社会的勢力又はその関係者からの寄附は受けることができません。
- その他、事情により、寄附をお受けできかねる場合があります。

本書類送付先

〒664-8533 兵庫県伊丹市車塚 3 丁目 1 番地

公立学校共済組合近畿中央病院 会計管理課

電話番号 (072) 781-3712 (代表)