寄 附 申 込 書

令和　　年　　月　　日

公益財団法人　仙台市医療センター

代表理事　亀山　元信　殿

（寄附者）

寄附者区分をお知らせください。いずれかに☑ をつけてください。

☐ 個人　　☐ 法人（企業）

〒　　－

住　　所

氏　　名

（法人での場合は、法人名及び代表者の役職・氏名をご記入ください。）

電話番号　　－　　－

下記のとおり公益財団法人仙台市医療センターに寄附いたします。

記

1．寄附金額　　金＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　円

2．寄附の使途　　いずれかに ☑ をつけ、使途を特定する場合は施設名等をご記入ください。

☐ 使途は特定しない

☐ 使途を特定する　（　　）

3．ホームページにおける寄附者名の公表について　　いずれかに☑ をつけてください。

☐ 公表に同意します　（ ☐ 氏名　 ☐ 法人名、企業名　 ☐ 匿名 ）

☐ 公表を希望しません

4．ホームページにおける寄附金額の公表について　　いずれかに☑ をつけてください。

☐ 公表に同意します

☐ 公表を希望しません