

FAX 022-252-0454

寄附申込書

公益財団法人 仙台市医療センター

代表理事 亀山 元信 様

仙台オープン病院

院 長 土屋 誉 様

令和 7 年 月 日

法人名又は氏名をご記入ください。

住所 〒

下記のとおり、仙台オープン病院 50 周年記念事業へ寄附いたします。

1. 寄附金額 口 金 円

※一口 一万円（口数に制限はございません）

2. 寄 附 者 いずれかに○をお付けください。 法人 ・ 個人

3. ご寄附予定日をお知らせください。 令和7年 月 日

振 込 先	七十七銀行 鶴ヶ谷支店
口座種別	普通預金
口座番号	No.0052736
口座名義	公益財団法人 仙台市医療センター (ザイ) センターイリョウセンター 仙台オープン病院 院長 土屋 誉 センターオープンイリョウ インチョウ ツヤ タシ

※ 恐れ入りますが振込手数料は、ご負担下さいますようお願いいたします。

○お申し込みはFAX、または二次元コードで送信をお願いいたします。

○寄附金のお振り込みを確認後に、「寄附金受領証明書」をお送りいたします。

なお、税法上の優遇措置を受けるためには、「寄附金受領証明書」が必要となります。

