様式第１号（第２条関係）

寄　附　申　込　書

下記のとおり、寄附したいので申し込みます。

年　　月　　日

池　田　市　長　様
池田市病院事業管理者　様

氏名（団体名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先　ＴＥＬ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
Ｅ－mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

金＿＿＿＿＿＿＿＿円也

・　氏名の公表について、匿名を希望される場合、○をつけてください。
（　　）匿名を希望する

・　寄附者からのメッセージ（ご自由にお書きください。）

※　お寄せいただいたメッセージは公表する場合があります。 ※　メッセージ欄で寄附の具体的な活用先を指定することはできませんので、あらかじめご了承ください。

・　謝礼品
番号　（　　）
商品名
（　　）

※　送付先（上記住所と違う場合のみご記入ください。）
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　謝礼品の発送には日数がかかりますので、ご了承ください。

・　池田市からの表彰　　（希望する・希望しない）