

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

池田市病院事業管理者 様

氏名（団体名）

住所 〒

連絡先 TEL

E-mail

金 円也

- ・ 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。