

寄附申出書

御寄附 いただく方	御住所	〒	
	御芳名		
	電話番号		
御寄附の内容	物品	品名	
		数量	
	現金	金額	円
		使途の御希望	特に御希望がない場合は空欄で結構です。(当院で決めさせていただきます)
		お支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振り込み お近くに山陰合同銀行の窓口がない場合や ATM・ネットバンキングから振り込まれたい場合はこちらをお選びください。 振込手数料がかかります。 <input type="checkbox"/> 山陰合同銀行窓口で納入通知書によるお支払い 後日納入通知書を郵送しますので、それをお持ちになって山陰合同銀行の窓口でお支払いください (ATM は利用できません)。 手数料はかかりません。 <input type="checkbox"/> 当院窓口を持参 当院の寄附担当窓口でもお支払いいただけます。 当院がんセンター3階事務局総務課までお越しください。
氏名公表	<input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 同意された方は松江市立病院ホームページにお名前を掲載させていただきます		
その他 特記事項			