

(様式第1号)

寄 附 申 込 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪母子医療センター 総長 様

申込者
名称
代表者職・氏名
主たる事業所の所在地 〒
(個人は氏名及び住所)

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪母子医療センターに対し、下記のとおり寄附を申込みます。

記

- 1 寄附金品の金額 円
(現金以外にあっては、
名称、数量及び価額)
- 2 寄 附 の 目 的
- 3 寄附の予定時期 令和 年 月 日
- 4 寄 附 の 方 法 振込 ・ 現金持参 ・ 現物寄附
- 5 その他 (センター等が必要と認める事項)

個人情報の取り扱いについて

令和 年 月 日

大阪母子医療センター総長 殿

寄附申出者名 _____
(TEL : _____)

私の個人情報について、貴センターのホームページ上での公表に際しては、
下記のとおり処理してください。

記

(該当箇所には✓してください。)

公 表 の 可 否	
氏名（法人名）	<input type="checkbox"/> 公表してもよい（ 寄附者以外の名前の場合（続柄： ） <input type="checkbox"/> 公表は希望しない
そ の 他 （ご意見等ご記入 ください。）	

※ご意見を参考に当センターのホームページ上で公表する予定です。

◆大阪府内に住所を有する個人の方

大阪府へ提供する寄附者名簿への掲載の可否	
氏名、住所、寄附金額、寄 附金を受領した年月日	<input type="checkbox"/> 掲載してもよい <input type="checkbox"/> 掲載は希望しない

振込先口座について

下記銀行口座にお振込みいただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

【 振込先 】

三菱 UFJ 銀行（銀行コード：0005） 大阪公務部（店番：100）

普通 No.1005684

口座名義人：ちほうどくりつぎょうせいほうじんおおさかふりつびょういんきこう 地方独立行政法人大阪府立病院機構 りじちよう 理事長 とおやま 遠山 まさや 正彌