寄　附　申　込　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人大阪府立機構

理事長　遠山　正彌　様

　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における「（寄附の目的をご記入ください）」について、下記のとおり寄附を申込みます。

記

１．寄　附　金　額　　　　　　　金　　　　　　　　　円

２．寄附の予定時期　　　　　　令和　　　　　年　　　　月　　　　　日

３．当機構ホームページ上へのご芳名の掲載

可　・　否

連絡票

○ご連絡先等について、ご記入をお願いいたします。

・ご連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 氏名 |  |

　※ご希望の連絡方法の番号をご記入ください。　（　　　　　　）

　　　　①メールでのやりとり

　　　　②電話でのやりとり

　　　　③郵送でのやりとり

・受領証等の送付先（上記ご連絡先と異なる場合のみ、ご記載ください）

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 氏名 |  |