

# 寄 附 申 込 書

下記のとおり、寄附したいので申し込みます。

平成 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（10,000円以上の寄附の方はご記入ください。）

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)