

物品寄付申込書

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪国際がんセンター 総長 様

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪国際がんセンターにおける医療の発展と患者サービスの向上のため、下記のとおり寄付を申込みます。

令和 年 月 日

フリガナ	
申込者名	
住 所	(〒 -)
電話番号	
寄附物品名	
物品の金額	円
氏名公開	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>(希望するに☑の場合、HPや広報誌等にてお名前を公開させていただきます。)</small>
患者さん又はご関係者の方 (差し支えなければご記入ください)	
患 者 名 ()	診察券番号 ()
診療科名 ()	主治医 ()
大阪府に住民票がある方	
市町村への 個人情報の提供	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
100万円以上のご寄付いただいた方	
感謝状の贈呈	<input type="checkbox"/> 直接お渡し <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 希望しない
寄付銘板の掲載	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <small>【ご希望の掲載名がある場合はご記入ください】 ※文字数により文字が小さくなる場合があります ()</small>
【備 考】 (メッセージや伝えたいこと等ございましたら記載のほどお願いいたします。)	