令和 　 年 　 月　　日

寄　附　申　込　書

公益社団法人　函館市医師会

会　長　大　原　正　範　様

住　　所　〒

寄附申込者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　㊞

法人の場合は、法人名及び代表者の役職・氏名を記入して下さい。

電話番号　　　　　　　　　　　　mail

日中に連絡が取れる電話番号でお願いします。

下記のとおり、貴会に寄附金等の申込みをします。

　　　　　　　記

1. 寄附金等の目的（目的の項目に〇印をお願いします）

　①一般寄附金［使途を特定しない寄附］

　②特定寄附金［使途を特定した寄附］※使途を〇印またはご記入ください

* 法人の管理運営の費用
* 函館市医師会病院への運営支援
* 函館市医師会健診検査センターへの運営支援
* 函館市医師会看護・リハビリテーション学院への運営支援

（ 看護学科・理学療法学科・作業療法学科 ）　←　希望があれば〇印を

* その他の支援（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

　③特別寄附金（本会の募集による寄附）

２．寄附金額又は財産権の内容

　　寄附金額　　　　　　　　　　円　　　内容（　　　　　　　　　　　　　　　）

３．その他（希望する事項等）

４．ホームページにおける情報の公表について（同意内容に〇印をお願いします）

ホームページへの公表に　≪　同意する・同意しない　≫

公表に同意する情報　　　≪　氏名・法人名・匿名・金額／内容・支援先　≫