

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 _____ ⑩

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をお願いします。

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○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○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○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○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 >