

飯綱病院医療充実基金寄附申込書

年　月　日

長野県飯綱町長　　様
飯綱町立飯綱病院長　様

■ご住所	〒
■お名前	
■電話番号	
■ファックス番号	
■メールアドレス	

私は、長野県飯綱町立飯綱病院へ次のとおり寄附を申し込みます。

■寄附申込金額 円

■寄附金の活用を希望するメニュー

(次の4つのメニューから、協力いただけるメニューひとつに○印をお願いします。)

選 択	事 業 の 区 分
	1 病院施設の維持、保全に資する事業。
	2 医療機器の購入に資する事業。
	3 その他寄附者の指定する事業。
	4 町長・院長に一任します。

■寄附の方法

(希望されるお申し込み方法に○印をお願いします。)

選 択	寄 附 の 方 法
	1 金融機関にてお振込み
	2 現金書留によるご送金
	3 現金を持参

■寄附の内容公表

(希望される寄附の内容公表の方法について○印をお願いします。選択されない場合は、公表を希望しないものとして取り扱わせていただきます。)

選 択	寄 附 の 公 表 方 法
	1 寄附金額・氏名について公表しても差し支えない。
	2 寄附の内容について公表を希望しない。

■飯綱病院への応援メッセージをご記入ください。

長野県飯綱町立飯綱病院 総務係 〒389-1211 長野県上水内郡飯綱町大字牟礼 2220 番地
電話：026-253-2248 Fax：026-253-6973 E-mail : iizuna-hp@town.iizuna.nagano.jp