

寄附申出書

年 月 日

長崎県病院企業団企業長 殿

寄附申出者(社)  
住所又は所在地 \_\_\_\_\_

氏名又は会社名  
(漢字) \_\_\_\_\_  
(ふりがな) \_\_\_\_\_

生年月日：  
明・大・昭・平 年 月 日生

(電話番号 \_\_\_\_\_ )

長崎県病院企業団病院及び附属診療所の充実のために、次のとおり寄附したいので申し出ます。

記

1. 寄附金額 金 \_\_\_\_\_ 円也
2. 寄附を活用してほしい分野や施設（※希望がありましたらお書きください）  
○分野【 人材確保・育成、医療機器の整備、その他（ \_\_\_\_\_ ） 】  
○施設【 \_\_\_\_\_ 病院（医療センター） 】
3. 寄附をすることとした理由（あなたが長崎県病院企業団にご寄附をしたいと思ったきっかけなどがありましたら、是非お書きください）


# 寄附の情報公開同意書

年 月 日

長崎県病院企業団本部総務部

電話 095-825-2255

FAX 095-828-4759

長崎県病院企業団への寄附について、申し出を頂き感謝申し上げます。

長崎県病院企業団では、寄附者（社）の申込内容、寄附額などの情報について、事務管理上、管理台帳を作成し厳重に管理することとしております。

また、今後、寄附金の募集に際しては、ホームページを通して広報を行う予定です。その際、下記事項の個人情報について、公開してもよいか確認が必要となりますので、次に氏名（又は会社名）、住所（又は所在地）、連絡先を記入の上、同意するかどうか○をつけてください。

寄附者(社)

氏名又は会社名

住所又は所在地

電話番号

情報公開に（ 1 同意します 2 同意しません ）

記

情報公開内容

- 1 氏名または会社名
- 2 住所または所在地
- 3 寄附金額

※情報公開に同意された方は公開内容に○をつけてください。複数選択可能です。