社会医療法人芳和会くわみず病院　# 寄附金申込書

年　　月　　日

社会医療法人芳和会
くわみず病院長　殿

　私は、下記の事項に基づき社会医療法人芳和会くわみず病院に寄附したく存じますので、受領ください。

| | |
|---|---|
| 申込者 | フリガナ |
| | 氏名 |
| 連絡先 | 住所　〒 |
| | 電話番号 |
| 寄附申込予定額 | 金　　円 |

※お預かりした個人情報は厳重に保管し、目的以外に使用することはありません。

【注意事項】

- 当院は寄附の税控除対象法人ではないため、税金の控除対象とはなりません。
- 寄附の対価として、寄附者又はその関係者に何らかの利益や便宜の供与をすることはありません。
- 寄附金の使途を指定することはできません。
- お受けした寄附をお返しすることはできません。
- 暴力団、反社会勢力又はその関係者からの寄附は受け取ることができません。

本書類送付先
〒862-0954　熊本県熊本市中央区神水 1-14-41
　社会医療法人芳和会くわみず病院　総務課
　電話番号　096-381-8743