

年 月 日

地方独立行政法人静岡県立病院機構理事長 様

寄附申出者 住 所（主たる事務所の所在地）  
氏 名（名称・代表者） ⑩  
電 話 （ ）

寄 附 申 出 書

下記のとおり寄附を申し出ます。

記

- 一 寄附の目的
- 二 寄附金等の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）
- 三 寄附の予定年月日 年 月 日
- 四 寄附の方法
- 五 情報公開の希望（※奨学寄附金は記載不要）  
希望する ・ 希望しない  
（希望しない場合はその理由）

六 その他

【寄附金の充当先についての要望】

| No. | 項目                    | 充当額 |
|-----|-----------------------|-----|
| 1   | ファシリティドッグの運営費用        |     |
| 2   | いのりの木（イルミネーション及び運営費用） |     |
| 3   | 人材育成                  |     |
| 4   | その他（ ）                |     |
| 5   | 使途を特定しない（病院運営全般に充当）   |     |
| 合計  |                       |     |

※「4 その他」について、具体的に記載いただいた内容が要望に添えない場合は、病院運営全般に充当させていただきます。また、1～4の各費用を上回る額の寄附金をいただいた場合も、その上回った額については病院運営全般に充当させていただきます。

【条件等】

（備考）

- 1. 「四 寄附の方法」については、御寄附いただく方法（金銭の金融機関振込、寄附品の現物寄附等）を御記入ください。
- 2. 当機構では寄附の受入状況については、原則として、その情報を公開することとしています。  
公開を希望しない場合は、恐れ入りますが、その理由を御記入ください。  
ただし、奨学寄附金については、情報を非公開とすることはできませんので、あらかじめ御容赦ください。
- 3. 御寄附にあたり条件等がある場合には、「六 その他」に御記入ください。