

送付先：財務課

FAX：06-6320-6308

年 月 日

寄付申込書

宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション

淀川キリスト教病院グループ 理事長 殿

下記のとおり寄付をしたいので、申し込みます。

1. お名前	
2. ご住所	〒
3. ご連絡先	() -
4. メールアドレス	
4. 寄付金額	金 円
5. 振込予定日	年 月 日
6. 寄付対象 ※✓を入れてください	<input type="checkbox"/> 救急車の更新・その他 <input type="checkbox"/> ホスピス <input type="checkbox"/> こどもホスピス <input type="checkbox"/> 老人保健施設
7. お名前の掲載 (芳名板,HP,広報誌)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
8. ご寄付のきっかけ	<input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> SNS <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> 院内掲示 <input type="checkbox"/> 知人や病院関係者からの紹介 <input type="checkbox"/> イベント・セミナー <input type="checkbox"/> その他
7. メッセージ	

【振込先】銀行名/支店名 りそな銀行 天六支店

預金種別 普通預金

口座番号 8894499

口座名義 宗教法人在日本南プレスビテリアンミッション

淀川キリスト教病院

※当院への寄付金は、税法上の寄付金控除の対象外です。何卒ご了承ください。

2025/7/09

Ver.2.0