

年 月 日

市立奈良病院
管理者 西尾 博至 殿

寄附者住所（主たる事務所の所在地）

氏名（名称・代表者）

電話番号

寄 附 金 申 込 書

下記のとおり市立奈良病院に寄附します。

記

- 一 寄附の目的についていずれかにチェックをお願いします。
- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 医療機器の整備のため | <input type="checkbox"/> 病院施設や療養環境の整備・充実のため |
| <input type="checkbox"/> 職員の教育、育成のため | <input type="checkbox"/> 用途を指定しない |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |

- 二 寄附金の価格（金額）

_____ 円

- 三 寄附の予定 年 月 日

- 四 寄附方法についていずれかにチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 金融機関振込	<input type="checkbox"/> 現金	<input type="checkbox"/> 小切手
---------------------------------	-----------------------------	------------------------------

- 五 氏名の公表についていずれかにチェックをお願いします。

<input type="checkbox"/> 実名での公表	<input type="checkbox"/> 匿名での公表	<input type="checkbox"/> 公表は希望いたしません。
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------

公表：当院のホームページ等

- 六 その他

市立奈良病院 寄附受入規程《抄》

(寄附受入の条件)

第2条 市立奈良病院は、寄附をしようとする者が次の各号に掲げる条件を付したときは、寄附を受け入れることができない。

- 一 寄附により取得した財産を無償で寄附者に譲与または貸与すること
- 二 寄附による研究の結果得られた知的財産等を寄附者に譲渡し、または使用させること
- 三 寄附金品の使用について、寄附者がその会計を検査すること
- 四 寄附をしようとする者が当院に対してその他の反対給付を求めること
- 五 寄附の申込み後に、寄附者の意思により、寄附金等の全部または一部を取り消すことができるもの
- 六 その他管理者が適当でないと認めるもの