市立伊勢総合病院医師及び看護師奨学基金寄附金申込書

令和　　年　　月　　日

伊勢市長　あて

下記、※印　箇所のご記入をお願いします。

ご住所　（〒　　　　―　　　　）※

所在地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※

お名前（法人の方は法人名）

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※

法人代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※

電　話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※

E-mail＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿※

私は、市立伊勢総合病院医師及び看護師奨学基金への寄附を申し込みます。

寄附金額＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円　※

【通信欄】

① この用紙を、**FAX**　または、**E-mail** で送付してください。

② 希望する送金方法を選択してください。

後日、上記記入いただきました所在地に振込書をこちらから郵送します。

いずれかの□にチェック（✓）をお願いします。※

□　ゆうちょ銀行（郵便局）からの送金を希望します。（振込手数料は不要です。）

□　百五銀行からの送金を希望します。（振込手数料は不要です。）

□　第三銀行からの送金を希望します。（振込手数料は不要です。）

□　現金による寄附を希望します。（当院へ現金をご持参ください。）

「市立伊勢総合病院医師及び看護師奨学基金寄附金」お申し込み・お問合せ先

〒516-0014　三重県伊勢市楠部町 3038 番地　市立伊勢総合病院　経営企画課

電話 0596-63-2315　内線 2097

Fax　：　0596-27-2315　　E-mail　：　hos-kikaku@city.ise.mie.jp