

九州中央病院  
きゅうちゅう応援基金

## 寄付申込書

令和 年 月 日

公立学校共済組合九州中央病院長 殿

私は、以下のとおり寄付を申し込みます。

申込者ご署名 (法人の場合は法人名)	フリガナ
	氏名
連絡先 (感謝状を郵送します) 感謝状が不要な方は✓してください <input type="checkbox"/> 不要	住所 〒
	電話番号
寄付金額 (千円単位)	金                 0   0   0   円
寄付日 (振込予定日)	令和 年 月 日 頃 ※お申込みから2週間後以降の日付をご記入ください
ご芳名の公表	<input type="checkbox"/> 同意する ・ <input type="checkbox"/> 同意しない ※当院のウェブサイトに掲載します ※高額のご寄付は病院内にご芳名プレートを掲示します

お預かりした個人情報厳重に保管し、目的以外に使用することはありません。

## 【注意事項】

- ・当院は寄付の税控除対象法人ではないため、二千元以上の寄付をした場合でも、税金の優遇措置はありません。
- ・寄付の対価として、寄付者又はその関係者（以下、「寄付者等」）に何らかの利益や便宜の供与をすることはありません。
- ・寄付金の用途を指定することはできません。
- ・寄付の経理について、寄付者等が会計検査を行うことはできません。
- ・お受けした寄付をお返しすることはできません。
- ・寄付により取得した財産を、寄付者等へ譲渡することはできません。
- ・暴力団、反社会的勢力又はその関係者からの寄付は受けることができません。
- ・その他、事情により、寄付をお受けできかねる場合があります。

【本書の提出先】（ご持参もしくは郵送にてご提出ください）

〒815-8588 福岡市南区塩原3丁目23-1

公立学校共済組合九州中央病院 企画課 サービス向上担当

電話番号 092-541-4936（代表）

受付番号

<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------