

FAX : 0263-73-5432

申 込 日	年 月 日
-------	-------

長野県立こども病院
院長 中村友彦 行

こども病院との「コラボレーション寄附」参加申込書

長野県立こども病院との「コラボレーション寄附」に賛同し、下記のとおり参加します。

企業 団体名			
所在地	〒 -		
部署名			
電話番号		Fax 番号	
メールアドレス			
ご担当者名	(フリガナ)		印
参加希望 (該当欄に○印)	1 店舗に募金箱を設置 2 職場で募金活動（職域募金）を行う 3 マatchingギフトによる寄附 4 イベント募金 5 コンサートからの寄附・募金 6 寄附金付き商品の開発・利益の一部を寄附 7 企業活動等の特徴を生かした寄附		
備 考	4「イベント募金」、5「コンサートからの寄附・募金」は、イベント名を記載ください。 6「寄附金付き商品の開発・利益の一部を寄附」、7「企業活動等の特徴を生かした寄附」は、具体的な活動内容等を記載ください。		

賛同企業様の意向確認のため、□欄にチェック（✓）してください。

- 当院ホームページ、広報誌等での賛同企業名やコラボレーション寄附活動の掲載を希望しません。