

FAX : 0263-73-5432

申 込 日	R 年	月	日
-------	-----	---	---

長野県立こども病院

院長 中村友彦 行

長野県立こども病院小児医療・公的事業 寄附申込書

寄附者名			
ご住所	〒		
部署名			
電話番号		Fax 番号	
ご担当者名	(フリガナ)		印
振込名義名	(カタカナ)		
振込予定日	年 月 日頃の予定です		
使 途	長野県立こども病院の療育環境の充実・人材育成プログラム		

長野県立こども病院の小児医療・公的事業に賛同し、下記のとおり寄附します。

記

1. 寄附金額 金 円

本寄附金は、一定の手続きをしていただくことにより税制の優遇措置を受けることができます。税制の優遇措置のための「寄附金品領収証明書」(以下、証明書)の発行は寄附金受領後、約1ヶ月程度かかります。

お急ぎの方、寄附者名・ご住所と証明書発行先で異なる宛先をご希望の方は、備考欄に連絡事項をご記入ください。

寄附者様の意向確認のため、□欄にチェック (✓) してください。

- ホームページや広報誌等での寄附者名の掲載を希望しません。
 税制の優遇措置のための「寄附金品領収証明書」の発行を希望します。

検 印	出納員	受付印