

寄附金等申出書

特定医療法人新生病院
理事長 洪澤 一郎 様

寄附者

〒

住 所

氏 名

印

電話番号

次のとおり寄附いたします。

現金

金 額

円

物品等

品 名

数 量

年 月 日