

# 寄附金等申出書

特定医療法人新生病院  
理事長 あて

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