

寄付申込書

武蔵野赤十字病院 総務課宛

FAX 0422-32-3525

寄付者様 ご氏名	(フリガナ)	患者様 ご氏名	(フリガナ)
ご住所	(〒 -)		
電話番号			
ご寄付金額	円	税控除	(<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)
ご芳名の掲示	院内銘板 (<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない) ※院内銘板へのご芳名の掲示は個人 50 万円以上、法人 300 万円以上ご寄付された方を対象とさせていただきます。		
ご寄付の理由	新病院建設資金		