**北福島医療センター新築移転事業 寄付申込書**

令和　　年　　月　　日

公益財団法人 仁泉会

理事長　木村秀夫 様

　下記のとおり寄付を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **寄付金額** |  | 　　　金　　　　　　　　　　　　　　　円也 |
|  |  | ※ただし、新病院建設費用（建設、設備、医療機器の整備等）として |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **●ご住所** | 　　　　 | 〒　　　　-　（ふりがな） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **●ご氏名**　　 | 　　　　 | 　（ふりがな） |

 　 法人の場合は法人名および代表者名

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **●お電話番号** | 　　　　 | 　　　　　　　　　　（　　　　　　　　） |

|  |  |
| --- | --- |
| **●メールアドレス（任意）** | 　 |

|  |
| --- |
| **●当団体ホームページ等への氏名掲載について、以下のいずれかに✓をご記入ください。** |
|  | [ ]  希望する　　・　　[ ] 　希望しない |

寄付金申込書の送付およびお問い合わせ先は下記のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 公益財団法人 仁泉会 |  | 〒960-0596　福島県伊達市箱崎字23番地1電話：024-505-6011　　FAX：024-505-6012Eメール：jinsenkai-kifu@jinsenkai.or.jp |

※ご寄付いただいた方のご氏名や住所等の個人情報は、当法人にて厳重に管理し、寄付金募集に関する業務以外には利用いたしません。