

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：024-505-6012 E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。