

令和 年 月 日

鴻巣市地域医療体制整備基金寄附申請書

鴻巣市長 あて

私は、鴻巣市地域医療体制整備基金の目的に賛同し、鴻巣市に対して次のとおり寄附を申し出ます。

		受付番号	—
住 所	〒 —		
氏 名			
電話番号			
寄附金額	金		円
寄附方法	<input type="checkbox"/> 健康づくり課の窓口での寄附		
	<input type="checkbox"/> 金融機関窓口での振込による寄附		
御寄附いただいた方のお名前の公表（広報等）を予定しております。 希望される項目をチェックしてください。			
<input type="checkbox"/> 公表してもよい		<input type="checkbox"/> 匿名を希望する	