

寄附申込書

令和 年 月 日

公立学校共済組合四国中央病院長 殿

私は、注意事項のいずれも承知した上で、以下のとおり公立学校共済組合四国中央病院への寄附を申し込みます。

寄附申込者（自署） 法人の場合は法人名	フリガナ										
	氏 名										
連絡先	住所 〒										
	電話番号										
寄附の方法 (持参の場合は平日 9 時～17 時)	持参 ・ 銀行振込み いずれかに○をしてください										
寄附金額（千円単位） 振込みの場合、振込み手数料は別途 ご負担をお願いいたします。	金							0	0	0	円
金銭以外の寄附の場合：目録											
寄附日（振込みの場合は 振込み予定日）	令和 年 月 日										
当院ホームページにおける 御芳名の公表	希望する ・ 希望しない いずれかに○をしてください										

お預かりした個人情報厳重に保管し、目的以外に使用することはありません。

【注意事項】

- ・公立学校共済組合四国中央病院は寄附の税控除対象法人ではないため、二千元以上の寄附をした場合でも、税金の優遇措置はありません。
- ・寄附の対価として、寄附者又はその関係者（以下、「寄附者等」）に何らかの利益や便宜の供与をすることはありません。
- ・寄附金の用途を指定することはできません。
- ・寄附の経理について、寄附者等が会計検査を行うことはできません。
- ・お受けした寄附をお返しすることはできません。
- ・寄附により取得した財産を、寄附者等へ譲渡することはできません。
- ・暴力団、反社会的勢力又はその関係者からの寄附は受けることができません。
- ・その他、事情により、寄附をお受けできかねる場合があります。

【本書の提出先】

〒799-0193 愛媛県四国中央市川之江町 2233 番地
公立学校共済組合四国中央病院 経営企画課経営企画係
電話番号 0896-58-3515（代表）