

令和 年 月 日

(あて先)  
松戸市長  
松戸市病院事業管理者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

### 寄 附 申 込 書

松戸市（松戸市病院事業）に対し、次のとおり寄附したいので申し込みます。

記

|           |   |
|-----------|---|
| 1. 寄附金額   | 金 円   |
| 2. 寄附金の使途 |   |
| 3. 情報の開示  | 寄附者氏名の公表について、どちらかに○をしてください。<br>公表してもよい ・ 公表を希望しない |