

寄附金申込書

令和 年 月 日

一般社団法人 熊本市医師会
熊本地域医療センター
院長 杉田 裕樹 殿

金 円 也

<input type="checkbox"/> 一般寄附金	用途を特定せず寄附いたします。 (医療環境整備、医療機器購入、医師・看護師等の資質向上等に使用します)
<input type="checkbox"/> 特定寄附金	{ の目的に対して寄附いたします。}

※ 寄附金の種類について該当する項目の□にチェックを入れ必要項目をご記入ください。

上記のとおり寄附を申し込みます。なお、下記に記載の「一般社団法人熊本市医師会熊本地域医療センター寄附金等取扱規程 第3条」に規定する要件には該当いたしません。

〒

住 所

電 話 番 号

団 体 名
(個人の場合は不要)

ふ り が な
代 表 者 名
(又は個人名)

印

当センターのホームページおよび広報誌等へのご氏名、寄附金額等の掲載について
<input type="checkbox"/> 希望する (掲載条件:)
<input type="checkbox"/> 希望しない

当法人は一般社団法人のため寄附金控除等の税制上の優遇措置の対象とはなりません。
<input type="checkbox"/> 確認しました

【寄附金等取扱規程 第3条に規定する要件】
当センターは、寄附金が次の各号に掲げる基準のいずれかに該当するときは、その寄附金を受け入れることができないものとする。
(1) 暴力団その他の反社会的勢力若しくはこれらに所属する個人又はこれらに関する団体、個人等
(2) 寄附の対価として当センターに対し便宜供与、反対給付を期待していることが明らかな場合
(3) 寄附金の申込みに際し、次に掲げる条件等が附されているとき
イ 寄附者が寄附の経理について監査を行うこと
ロ 寄附後に寄附者が寄附の全部または一部を取り消すことができるもの

(送付先) 〒860-0811 熊本市中央区本荘5-16-10 熊本地域医療センター経理係