様式第１号

寄附申出書

　　 　　　　　　　 　 　　年　月　日

沖縄県病院事業局長　殿

（寄附申込者）

住　所：

氏名又は法人等団体名：

（漢 字）

（ふりがな）

生年月日又は設立等年月日：

大・昭・平・令　　 年　 月　　日生

　 （電話番号　　　　　　　　　　　）

沖縄県立病院の充実のために、次のとおり寄附したいので申し出ます。

記

１ 寄附金額　　　金　　　　　　　　　　　円也

　２ 寄附先病院等にチェックして下さい

北部病院　 中部病院　　南部医療センター・こども医療センター

精和病院　　宮古病院 八重山病院 　診療所（　　　　　診療所）

病院事業局全体または本庁

　３ 寄附をすることとした理由（あなたが病院事業局にご寄附をしたいと思ったきっ

　　かけなどがありましたら、是非お書きください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

寄附の情報公開同意書

　　年　　月　　日

沖縄県病院事業局病院事業総務課

FAX　 098-866-2837

　　　電話　098-866-2832

　沖縄県病院事業局への寄附について、申し出を頂き感謝申し上げます。

　病院事業局では、寄附者（社）の申込内容、寄附額などの情報について、事務管理上、管理台帳を作成し厳重に保管することとしております。

　また、今後、寄附金の募集に際して、報道機関、ホームページなど各種メディア等への周知活動をおこなう予定です。その際、下記事項の個人情報について、公開してもよいか確認が必要となりますので、次に氏名（又は会社名）、住所（又は所在地）、連絡先を記入の上、同意するかどうか記載してください。

　　　　　　　　　　　寄附者(社）

　　　　　　　　　　　　氏名又は会社名

　　　　　　　　　　　　住所又は所在地

　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　情報公開に（　 同意します　  同意しません　）

記

　　　　　情報公開内容（同意いただける情報にチェックしてください)

氏名または会社名

住所または所在地

寄附金額