

寄附申出書

(和暦) 令和 年 月 日

沖縄県病院事業局長 殿

(寄附申出者) 〒

ご住所 _____

氏名又は法人等団体名 :

ふりがな _____

お名前 _____

ご連絡先: 電話 _____ FAX _____

E-mail _____

私は、以下のとおり寄附をしたいので申し出ます。
また、申し出にあたり、以下に示す確認事項のとおりであることを申し添えます。

記

- 寄附金額 金 _____ 円也
- 寄附先の指定 (ご希望の部署で活用いたします。)
 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 又は 本庁機関
- 寄附の方法 (いずれかにチェックを入れてください。)
 琉球銀行の窓口から入金 (手数料なし)
 琉球銀行以外の金融機関から入金 (手数料がかかります。)
- 寄附の理由をお聞かせください。
また、希望される寄附金の活用方法がございましたら、こちらにご記入ください。

【確認事項】

私は、暴力団又は暴力団員ではありません。また、暴力団又は暴力団員と密接な関係を有しないことを宣誓します。

寄附の情報公開同意書

(和暦) 令和 年 月 日

沖縄県病院事業局 総務企画課

電話 098-866-2832

FAX 098-866-2837

この度は、当局への寄附について、お申し出いただき感謝申し上げます。

当局では寄附金の募集にあたり、当局公式ホームページをはじめ、報道機関、各種メディア等での周知活動を行っています。

その際、下記の個人情報を公開してよろしいか確認する必要がありますので、貴殿の希望をご記入ください。

また、当局では、寄附のご協力に際して取得した個人情報を厳重に管理、保護のうえ、その取扱については、法令等を遵守し、細心の注意を払います。寄附者の同意なく第三者に提供したりすることはありません。

寄附者 氏

ご住所 _____

お名前 _____

連絡先

電話 _____

FAX _____

E-mail _____

- 情報公開に 同意しない。
 同意する。

公開に「同意」いただける項目にチェックを入れてください。

- 氏名 又は 会社名
 住所 又は 所在地
 寄附金額