令和　　年　　月　　日

船橋市病院事業管理者

丸山　尚嗣　　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　所

（フリガナ）

氏　名

連絡先

　　　　　　　　　　　　E-Mail

寄附申出書

医療センターの医療の質の向上に役立てて頂きたく、下記現金を寄附いたします。

記

**金　　　　　　　　　　円**

　　使用目的：