

令和 年 月 日

寄附申込書

新潟労災病院長 殿

下記のとおり寄附の申込みをいたします。

記

寄附申込者	住所 氏名（団体） 職業 連絡先(TEL) 印
寄附申込物件	
寄附の理由	
その他	寄附者様のお名前等を病院ホームページ及び広報誌「ろうさいニュース」等で掲載することについて <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 (<input type="checkbox"/> のいずれかに✓をご記入下さい。)