

寄 附 申 出 書

年 月 日

公益財団法人堺市救急医療事業団
理 事 長 様

(寄附者)

住 所 〒 _____

フリガナ _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

(法人にあつては、法人名および職・氏名)

次のとおり堺市救急医療事業団への寄附の申し出をします。

1 寄附の内容

① 寄附金額 金 _____ 円

② 有価証券・財産権・不動産・動産等の内容
(_____)

2 寄附の用途

① 用途については、特定しない。

② 堺市救急医療事業団の公益目的事業全般

③ _____ のため。

3 寄附の条件

4 氏名・団体名の公表の可否

一定額（個人：10万円以上、団体・企業：50万円以上）のご寄附をいただいた方のお名前をホームページに掲載させていただきます。

（該当される方は、どちらかに○を付けてください。）

・ 公表可

・ 公表不可