

# 寄付申込書

平成 年 月 日

宗教法人 在日本南プレスビテリアンミッション  
淀川キリスト教病院 御中

法人名・個人名

印

代表者名  
(法人の方のみ)

印

(〒 - )  
ご住所

電話番号

貴院の寄付の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付を申し込みます。

1 寄付金の額 金 円

2 寄付金払込月 平成 年 月

※分割の場合は、第1回目の振込月をご記入願います。

3 寄付方法 ※いずれかに○印をお願いします。

1 銀行振込 2 クレジットカード

4 振込回数 ※いずれかに○印をお願いします。

1 一括 2 分割 ( 回)



原則、1年間で12回以内でお振り込み願います。  
毎月の振込予定日をご記入願います。

( 日 頃)