

長岡赤十字病院事業運営資金 寄付申込書

令和 年 月 日

長岡赤十字病院長 殿

ふりがな

氏名（法人名） _____

住所（所在地） 〒 _____

電話番号 _____ FAX 番号 _____

電子メール _____

長岡赤十字病院事業運営資金として下記金額を寄付いたします。

記

1. 寄付金額 _____ 円

以下、該当するものにチェック（）してください。

2. 寄付方法 銀行振込 現金持参

3. 税制上の優遇措置*について 希望する 希望しない

4. 日本赤十字社 表彰制度について 希望する 希望しない
詳細は日本赤十字社ホームページでご確認ください。

5. 広報誌や掲示物にご寄付の報告を行う場合、掲載してよろしいか伺います。
掲載してよろしい項目にチェック（）してください。

氏名 寄付金額

以上

※当院は日本赤十字社が設置する医療施設であることから、所得税および法人税の寄付金にかかる税制上の優遇措置を受けることができます。
税制上の優遇措置および日本赤十字社 表彰制度について、ご希望の有無を必ず選択してください。

《寄付申込書 送付先》 〒940-2085 長岡市千秋 2 丁目 297-1
長岡赤十字病院（担当／総務課）
FAX: 0258-28-9000

（点線より下は記入せずに送付ください）

【病院記入欄】

1. 寄付受領金額 _____ 円

2. 寄付受領日 令和 年 月 日 銀行振込 現金持参

【総務課取扱者： 印 】

【会計課取扱者： 印 】