

別記様式1

寄 附 申 込 書

令和 年 月 日

群馬県立小児医療センター
院長 外松 学 様

寄附申込者
〒
(住 所)
(氏 名)
(電話番号)

下記のとおり寄附したいので申し込みます。

記

品 名	金額・数量

内容を確認の上、□にレを入れてください。

- 暴力団、暴力団員又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者には該当しません。
- ※ 群馬県では暴力団排除条例に基づき、県の事務事業から暴力団排除を推進するため、申込者に暴力団員等でない旨の誓約をお願いしています。