

別記様式1

寄 附 申 込 書

年 月 日

群馬県立小児医療センター
院長 外松 学 へ

寄附申込者
(住 所)
(氏 名)
(連絡先)

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、□欄にチェック（✓）を入れてください。

- ホームページでの寄附者名の掲載を希望しません。
- ※ ✓がない場合は、感謝の意を込めて、当センターホームページでお名前を公表させていただきます。なお、お名前掲載希望の有無に関わらず、ご寄附いただいた商品等を紹介させていただくことがあります。

- 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。