寄　付　申　出　書

令和　　年　　月　　日

地方独立行政法人

京都市立病院機構　理事長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　印

ＴＥＬ　(　　　)　　　―

下記のとおり、　　　　　　　　　　　　として寄付いたします。

記