No.　　―

寄 附 申 込 書

令和　　年　　月　　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

法人・会社名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（法人・会社の場合は代表者氏名）

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり寄附（寄贈）を申し込みます。

それぞれの項目に☑をしてください

寄附金額・寄贈品名	
使用目的 （寄附金の場合のみ）	□法人のために使用してください。 □東部島根医療福祉センターのために使用してください。 □その他（具体的な目的：　　）
関　係	□利用者本人 □利用者の家族 □取引業者 □法人の役職員 □その他（　　）
確認事項	①機関紙やホームページ等へのお名前の公表について □同意する　□同意しない ②次のいずれにも該当しない、または行為を行わないことについて □該当しない ・反社会勢力や反社会勢力と関係する者又はその団体 ・便宜供与、反対給付を期待している者。 ・法人に不利益や負担を伴う条件を付ける、または不当な要求行為。

島根県松江市東生馬町 15-1
社会福祉法人　島根整肢学園
東部島根医療福祉センター　御中

本法人は社会福祉法人でありますので、寄附は所得税法第 78 条及び法人税法第 37 条の寄附控除の対象となります。