※乳児院処理欄No.

以下ご記入ください。

（チェックボックスは該当するものに[x] 印を入れてください）

（区分　1.[ ] 個人・2.[ ] 法人）

**私は、次の通り寄付させて頂きますのでお納めください。**

１．寄付金額　金　　　　　　　　　円也　（1.[ ] 現金・2.[ ] 振込）

２．寄付目的（※下記のいずれかに[x] 印を入れてください）

　　[ ] 入所児童の処遇向上のため

　　[ ] 設備の購入や施設増改築に充てる

　　[ ] 乳児院に一任する

　　[ ] 創立100周年記念のため

　　[ ] その他の事業を支援するため

　　※寄付目的欄に記載のない場合、乳児院に一任とさせていただきます。

日　　付　　　　　年　　　月　　　日

（寄付者）

住　　所（〒 　　 － 　　 ）

電　　話　　　　－　　　　－

ふりがな

氏名

**社会福祉法人恩賜財団済生会支部東京都済生会**

**東京都済生会中央病院附属乳児院**

**院長　岡尾 良一 殿**

〔ご意見：備考〕

広報誌への氏名と金額掲載（[ ] 可・[ ] 不可）／　広報誌の発送希望（[ ] 有・[ ] 無）

**～ご協力ありがとうございます～**

※乳児院処理欄　日　付　　　　年　　月　　日　取扱者