

かながわ筋電義手バンクへの寄付申込書

令和 年 月 日

神奈川県知事 黒 岩 祐 治 殿

申込者情報

(ふりがな) 氏名			
郵便番号	〒	—	
住所			
電話番号		—	—
メールアドレス	@		
寄付金額		円 ※	
希望返礼品 管理番号		希望返礼品 名称	

※2,000円から受付しております。金融機関での納付書によるお支払い以外を希望される方はふるさと納税サイトからお申込みください。

※神奈川県内に住民登録のある方は返礼品の対象外となります。

返礼品送付先情報（上記申込者情報と異なる場合のみ記入）

(ふりがな) 氏名			
郵便番号	〒	—	
住所			

ご記入後、以下の宛先まで、郵送もしくはFAXでお送りください

郵送先	〒231-8588 横浜市中区日本大通1 「神奈川県健康医療局県立病院課」
FAX送信先	045-285-9002