

元号〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人

国立病院機構 嬉野医療センター院長 殿

寄附者 住所 (主たる事業所の所在地)

氏名 (名称・代表者)

印

電話 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇

寄 附 申 込 書

下記のとおり国立病院機構に寄附します。

記

一 寄附の目的

患者さんのため 等

二 寄附金品の名称、数量及び価格 (金銭にあつては、金額)

〇〇機器 1台、¥〇〇〇,〇〇〇- 等

三 寄附の予定年月日

元号〇〇年〇〇月〇〇日

四 寄附の方法

〇〇銀行より振り込み、現物寄附、等

五 その他

備考

- 「四 寄附の方法」については、金銭の金融機関振込、寄附品の現物寄附等ご寄附いただく方法をご記入ください。
- ご寄附に条件等がございます場合には、「五 その他」にご記入ください。