

令和〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人国立病院機構
柳井医療センター 院長 殿

寄附申出者 住所 山口県柳井市伊保庄95番地
氏名 柳井 太郎 ⑨
電話 0820-〇〇-〇〇〇〇

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
療養環境の整備、医師（または看護師など）の教育のため など
- 二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）
現金 〇〇 円
- 三 寄附の予定年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
- 四 寄附の方法
金融機関振込（現金の場合）
現物寄附（物品の場合）
- 五 その他
診療科、病棟などの場所など具体的に使用して欲しい項目がある場合にはご記入下さい。

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。