様式　１

|  |
| --- |
| 令和 年 月 日  独立行政法人　国立病院機構  下志津病院　院長　鬼頭　浩之 殿  寄附申出者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  寄　附　申　出　書  下記のとおり国立病院機構下志津病院に寄附します。  記  一 寄 附 の 目 的  二 寄附金品の名称  三 寄附の予定年月日  四 寄 附 の 方 法  五 そ の 他 |

備考

１ 「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。

２ 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。