

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 ⑩
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。