

令和〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人 国立病院機構
下志津病院 院長 重田 みどり 殿

寄附申出者 住所 〇〇市〇〇町〇—〇—〇
氏名 〇〇 〇〇 印
電話 〇〇〇—〇〇—〇〇〇〇

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

【個人の場合】 外来や病棟の療養環境整備、医師や看護師などの教育・
医療図書購入等

【企業の場合】 臨床研究助成のため

二 寄附金品の名称

【金銭の場合】 現金〇〇〇〇円

【物品の場合】 商品名、個数

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

【現金の場合】 金融機関、振込予定日

【物品の場合】 現物寄附

五 その他

【個人の場合】 診療科、病棟などの場所、医師名など具体的に使用してほしい
項目がアル場合にはご記入下さい。

【企業の場合】 医師〇〇〇〇における「〇〇〇〇研究」

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。