

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
霞ヶ浦医療センター 院長 殿

寄附申出者 住所
氏名 印
電話

寄 附 申 出 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
- 二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）
- 三 寄附の予定年月日 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。