　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式１

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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（金銭にあっては、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。 |