

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 土浦市下高津○-○-○
氏名 霞 太郎 印
電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構に寄附します。

記

- 寄附の目的 **【個人の場合】** 例1) 病院運営に供するため
例2) 医師（または看護師等）の育成のため
【企業の場合】 臨床研究助成のため
- 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）
現金 〇〇〇〇〇円
- 寄附の予定年月日 令和○年○月○日予定
- 寄附の方法 金融機関振込（現金の場合）
現物寄附（物品の場合）
- 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
ほしい項目がある場合にはご記入ください。
【企業の場合】 研究者〇〇〇〇における「〇〇〇研究」のため

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。