様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 独立行政法人国立病院機構　　　高松医療センター院長　細川　等　殿 　　　　 寄附者 　　 住所 　　　　 氏名　　　　　　　  電話　　　　（　　　　）寄　　附　　申　　込　　書 下記のとおり国立病院機構高松医療センターに寄附します。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 令和 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。 |

記載例　　　　　　　　　　　　　　　　　　　様式１

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　 | 　　　　　　　　　　 　　　　　　　　令和　　年　　月　　日 独立行政法人国立病院機構　　　高松医療センター院長　細川　等　殿 　　　　 寄附申出者 住所　○○市＊－＊－＊ 　　　　 氏名　○○　○○ 　 電話　＊＊＊（＊＊＊　）＊＊＊＊寄　　附　　申　　出　　書 下記のとおり国立病院機構高松医療センターに寄附します。記　　　一　寄附の目的　　　　　高松医療センターの運営のため（例）　　　　　○○科の研究助成（例）　　　二　寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては、金額）　　　　　　※現金の場合　寄附金　￥＊＊＊、＊＊＊－　　　　　　※現物の場合　　　　　　　名称と数量を記入 　　三 寄附の予定年月日 令和 年　　月　　日　　　四　寄附の方法　　　　　振込、現金、現物寄附など 　　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。 |