

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 ()

印

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（金銭にあつては、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。

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 ○○ ○○ 印
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 (金銭にあつては、金額)

※現金の場合

寄附金 円***、***-

※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

- 「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。