

令和●年●●月●●日

独立行政法人国立病院機構
敦賀医療センター 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

敦賀医療センターの診療に役立ててもらいたい

二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）

金 ●●●●● 円

三 寄附の予定年月日

令和 ●●年●●月

四 寄附の方法

現金振り込みによる

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。