様式１

|  |  |
| --- | --- |
|  | 令和　　年　　月　　日  　　　国立病院機構名古屋医療センター院長　殿  　　　　 　　 寄附者 住所  　　　　 氏名 　　 　　　　　　　　　　　印  電話  寄　　附　　申　　込　　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）  金　　　　　　　　　　円  　　三 寄附の予定年月日　　令和 年　　月  　　　四　寄附の方法　 現金の金融機関振込  　　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。 |