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。 |