

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構
東近江総合医療センター院長 殿

寄附申込者 下 一
住 所
氏 名
電 話

□

寄 附 申 込 書

下記のとおり国立病院機構東近江総合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） 金 _____ 円
- 三 寄附の予定年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 四 寄附の方法
- 五 その他
- 六 感謝状の要否 要 ・ 否
- 七 当院ホームページにご芳名掲示 同意する ・ 同意しない

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。
- 「六 及び 七」については、どちらかに○をお願いします。