　　　 　　　　　　　　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　　〒　　　　　―

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（金銭にあっては、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

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。

　　　３．「六 及び 七」については、どちらかに〇をお願いします。