

記入例

様式 1

令和 年 月 日

独立行政法人

地域医療機能推進機構 湯河原病院長 殿

郵便番号 000-0000
住 所 湯河原町中央 2-21-6
氏 名 湯河原 太郎 ⑩
電話番号 0465-63-2211
(法人にあっては法人名、職名、氏名)

寄 附 申 出 書

独立行政法人地域医療機能推進機構寄附受入規程の内容を了知のうえ、下記のとおり貴院に寄附を行いたいのので申し出ます。

記

1. 寄附金品の目的 ●●科で使用する医学研鑽用情報機器の購入に充てるため

2. 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては金額）

金 000,000 円

3. 寄附の予定期日 令和●●年●●月

4. 寄附の方法

銀行振込

5. その他

貴院における寄附の公表について、以下の通り承諾します。

寄附者のご芳名の院内掲示板及びホームページ掲載などによる公表 可 ・ 不可