様式１

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構
栃木医療センター
院長　石原　雅行　殿

寄附者　住所
氏名　　㊞
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）

三　寄附の予定年月日　　年　　月

四　寄附の方法

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。