

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

大牟田病院 院長 川崎 雅之 殿

寄附申出者 住 所

氏 名

電 話

## 寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構大牟田病院に寄附します。

### 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）

三 寄附の予定年月日 令和 年 月 日

四 寄附の方法（丸印で囲んでください）

- ・金融機関振込
- ・現物（現金を含む）寄附

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。

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

大牟田病院 院長 川崎 雅之 殿

寄附申出者 住 所 ○○○○  
氏 名 △△△  
電 話 0000-00-0000

## 寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構大牟田病院に寄附します。

## 記

## 一 寄附の目的 (個人の場合)

患者さんの療養環境改善のため

医師 (または看護師など) の教育のため

(企業の場合)

○○○○○に関する研究 (研究のテーマを記載)

## 二 寄附金品の名称、数量及び価格 (金銭にあつては、金額)

現 金 ○○○○○円

## 三 寄附の予定年月日 令和○○年○○月○○日

## 四 寄附の方法 (丸印で囲んでください)

- ・金融機関振込
- ・現物 (現金を含む) 寄附

## 五 その他

(個人の場合)

※診療科、病棟などの場所など具体的に使用して欲しい項目がある場合にはご記入ください。

(企業の場合)

※寄附の目的と同一内容であれば記入の必要はありません。

ご不明な点がございましたら、下記担当者までご連絡ください。

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 事務部 管理課 庶務班長

電話 : 0 9 4 4 - 5 8 - 1 1 2 2