

令和 年 月 日

独立行政法人

地域医療機能推進機構大阪病院長 殿

郵便番号

住 所

氏 名

印

電話番号

メールアドレス

(法人にあつては法人名、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

- 使途特定寄附金 (医療機器の更新整備)
- 使徒特定寄附金 (整形外科機器の整備)
- プロジェクト寄附 (院内の医療環境の整備)
- プロジェクト寄附 (優秀な看護職員・看護学生育成に向けた整備)
- 一般寄附金 ( )
- その他 ( )

2. 寄附金品の名称、数量及び価格 (金銭にあつては金額)

3. 寄附の予定期日

令和 年 月 日

4. 寄附の方法

5. その他