

令和〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人

国立病院機構 福岡東医療センター院長 殿

寄附者 住所

氏名

印

電話

寄 附 申 込 書

下記のとおり国立病院機構福岡東医療センターに寄附します。

記

一 寄附の目的

【個人の場合】 外来や病棟の療養環境整備、医師（または看護師など）の教育のため

【企業の場合】 臨床研究助成のため

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 〇〇 円

三 寄附の予定年月日

令和 〇〇年〇〇月〇〇日 予定

四 寄附の方法

金融機関振込（現金の場合）

現物寄附（物品の場合）

五 その他

【個人の場合】 ※診療科、病棟などの場所、医師名など具体的に使用して欲しい条件がある場合にはご記入下さい。

【企業の場合】 研究員〇〇〇〇における「〇〇〇〇研究」

備考

- 「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。
- 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。