

年 月 日

独立行政法人国立病院機構神奈川病院

院 長 中 村 守 男 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神奈川病院に寄附します。

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

四 寄附の方法

五 その他

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下さい。
- 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。

記載例

様式 1

〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人国立病院機構神奈川病院
院 長 中 村 守 男 殿

寄附者 住所 〇〇〇〇〇〇
氏名 〇〇 〇〇 印
電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

寄 附 申 込 書

下記のとおり国立病院機構神奈川病院に寄附します。

記

一 寄附の目的

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
医学の発展のため など

二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては、金額）

現金 〇, 〇〇〇円（現金の場合）
物品 〇〇 〇個（物品の場合）

三 寄附の予定年月日

〇〇〇〇年〇〇月（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

※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項目がある場合にはご記入ください。

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下さい。
- 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。

※ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

独) 国立病院機構神奈川病院 寄附担当
TEL: 0463-81-1771 (代表)
(物品担当) 管理課 庶務班長 内線: 2110
(現金・銀行振込担当) 企画課 経理係長 内線: 8310
FAX: 0463-82-7533