

[記入例]

様式 1

令和〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人

地域医療機能推進機構佐賀中部病院長 殿

郵便番号 849-8522
住 所 佐賀市兵庫南2丁目 7-1
氏 名 佐賀 太郎 印
電話番号 0952-28-4009

(法人にあっては法人名、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

医療機器の更新整備

2. 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては金額）

金 1,000,000 円

3. 寄附の予定期日 令和〇〇年〇〇月

4. 寄附の方法

銀行振込

5. その他