

令和 年 月 日

国立病院機構九州医療センター院長 殿

寄附申出者

住所（主たる事務所の所在地）

氏名（名称・代表者）

⑩

電話

使 途 特 定 寄 附 申 込 書

下記のとおり国立病院機構九州医療センターに寄附します。

記

- 一. 寄附の目的
- 二. 寄附先担当医師の氏名
- 三. 寄附金額
- 四. 寄附の予定年月日 令和 年 月 日
- 五. 寄附の方法
- 六. 資格の有無 公正取引協議会への加入 有 ・ 無
- 七. その他

備 考

1. 「五. 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、「七. その他」にご記入ください。