様式１－２

|  |
| --- |
| 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）　　　　　　　　　　 ㊞  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   1. 寄附の目的 2. 寄附先担当医師の氏名 3. 寄附金額 4. 寄附の予定年月日 令和　　年　　月　　日 5. 寄附の方法 6. 資格の有無　　　　　　公正取引協議会への加入　　　有　・　無 7. 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。 |