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。
 |