令和　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

大阪医療センター院長　殿

 　　 　 　寄附申込者　　〒　　　　　―

 住　所

 　　　　　 氏　名　　　　　　 　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電　話

寄　　附　　申　　込　　書

下記のとおり国立病院機構大阪医療センターに寄附します。

記

　　　一　寄附の目的

　　　二　寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては、金額）　金　　　　　　　　　　　円

 　　三 寄附の予定年月日 　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　四　寄附の方法

 　　五　その他

　　備考

 １．「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ください。

 ２．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。