

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

Ⓜ

電話番号

(法人にあつては法人名、職名、氏名)

病 棟 等 建 替 整 備 事 業 寄 附 申 込 書

裏面の事項を確認のうえ、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 国立病院機構大阪医療センター病棟等建替整備事業に係る寄附
- 二 寄附金品の名称、数量及び価格 _____
金銭にあつては寄附金額 金 _____ 円
- 三 寄附予定日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
- 四 寄附の方法
- 五 その他

備考

- 「四 寄附の方法」については、金銭の金融機関振込、寄附金品の現物寄附等ご寄附いただく方法をご記入ください。
- 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。

(お な ま え)

1. 確認事項 私、 _____ は

- 当該寄附により当院が取得した財産について、無償で譲渡又は貸与を希望しません。
- 当該寄附により当院が取得した財産の使用について、会計を検査することはありません。
- 当該寄附により反対給付を求めることはありません。
- 当該寄附を行った後に、寄附金等の全部又は一部を取り消すことはありません。
- 暴力団員等の反社会的勢力には該当しません。

※確認後、□欄にレ点
をお願いします。

2. 当院のホームページにご芳名の掲示 同意する ・ 同意しない

3. 院内銘板にご芳名の掲示 同意する ・ 同意しない

※寄付金額10万円以上の場合

※2. 3. のご芳名について、法人名をご芳名とすることは出来かねるため、個人名の掲示となる旨ご了承ください。ただし、個人名の前に所属や役職の掲示を希望される際には4. その他にその旨をご記入ください。また、表面の寄附申出者に記載の氏名以外の名前にてホームページ及び銘板の掲示を希望される場合にも、以下にご希望の氏名をご記入下さい。

4. その他 _____