

平成〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター院長 殿

郵便番号 100-0000
住所 東京都新宿区津久戸町 5-1
氏名 新宿 太郎 印
電話番号 03-3269-8111

(法人にあっては法人名、職名、氏名)

寄 附 申 出 書

独立行政法人地域医療機能推進機構寄附受入規程の内容を了知のうえ、下記のとおり
貴センターに寄附を行いたいのので申し出ます。

記

1. 寄附金品の具体的な目的と使途 (□にチェック等をお願いします)

- ① 医療機器設備の整備に役立てるため
- ② 環境の整備に役立てるため
- ③ 臨床に貢献する調査・研究に役立てるため
- ④ 医療スタッフの育成に役立てるため
- ⑤ 病院の〇〇〇診療科に役立てるため(※具体的な診療科をご記入ください)
- ⑥ 看護学校の運営に役立っているため
- ⑦ その他(具体的に目的をご記入ください)
 - ・ 寄附の使途について 特定 ・ 不特定

例) 患者さんの療養環境改善のため
例) 医師(または看護師など)の教育のため

2. 寄附金品の名称、数量及び価格(金銭にあっては金額)

- (1) 現金 金 100,000 円
- (2) 物品

品名	規格	数量	評価額		備考
			単価	金額	

3. 寄附の予定期日 平成〇〇年〇〇月

4. 寄附の方法

銀行振り込み

ご寄附いただく方法が銀行振り込み
の場合、振込先は別途お知らせさせ
ていただきます。

貴センターにおける寄附の公表について、以下の通り承諾します。

- ・ 寄附者のご芳名の院内掲示及びホームページ掲載などによる公表 可 ・ 不可