

令和 年 月 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 □□□-□□□□

住 所

氏 名 印

電話番号

(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、下記のとおり貴院に寄附を行いたいので申し出ます。

記

1. 寄附金品の目的
2. 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては金額）
3. 寄附の予定期日 令和 年 月
4. 寄附の方法
5. その他

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板及びホームページ掲載などによる公表 可 ・ 不可