|  |
| --- |
| 平成　　年　　月　　日独立行政法人国立病院機構沼田病院　院　長　　前 村　道 生　殿 　 　　 　 　寄附申出者　住所 　　 　　　 氏名　　　　　　 　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　寄　　附　　申　　出　　書下記のとおり国立病院機構沼田病院に寄附します。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）三　寄附の予定年月日四　寄附の方法五　その他 　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下さい。２．ご寄附に条件等がございます場合には、「五　その他」にご記入下さい。 |