|  |
| --- |
| 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。 |