

様式 1

令和 年 月 日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
桜ヶ丘病院長 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  
病院新築移転支援

2. 寄附金額

3. 寄附の予定期日  
令和 年 月

4. 寄附の方法