

【記入例】

様式 1

令和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
横浜保土ヶ谷中央病院長 殿

郵便番号
住 所
氏 名 印
電話番号
(法人にあつては法人名、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ので申し出ます。

記

1. 寄附金品の目的

医療機器の更新整備

恐れ入りますが、外来や病棟の療養環境の改善整備、医療機器の更新整備、医師をはじめとする職員の学会・研修会への出張補助、教育図書・Webコンテンツの購入、臨床研究の助成金（奨学金）など、具体的にご記載をお願いいたします。

2. 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては金額）

金10,000,000円

3. 寄附の予定期日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

4. 寄附の方法

銀行振込

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。

5. その他