

年 月 日

独立行政法人国立病院機構福島病院
院長 杉浦 嘉泰 殿

寄附申出者 住所
氏名
電話

印

寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構に寄附します。

記

- 一 寄附の目的
患者の皆様の療養環境改善のため
医師（または看護師など）の教育のため
※具体的に使用してほしい項目（診療科・病棟などの場所、医師・看護師などの職種）がある場合にはご記入ください。
- 二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）
現金〇〇〇〇〇〇円
- 三 寄附の予定年月日
〇〇年 〇月 〇日
- 四 寄附の方法
金融機関振込（現金の場合）
現物寄附（物品の場合）
- 五 その他

※ ご不明な点がございましたら、下記担当者までご連絡ください。

担当者 国立病院機構福島病院 管理課長

TEL : 0248-75-2131（代表）