

平成 年 月 日

独立行政法人国立病院機構  
宇都宮病院 院長 沼尾 利郎 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
- 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 平成 年 月 日
- 四 寄附の方法
- 五 その他

### 備考

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ください。
2. ご寄附に条件等がございます場合には、「五 その他」にご記入ください。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人国立病院機構  
宇都宮病院 院長 沼尾 利郎 殿

寄附申出者 住所 宇都宮市〇〇〇町〇丁目〇-〇  
氏名 宇都宮 太郎 印  
電話 028-〇〇〇-〇〇〇〇

## 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  
【個人の場合】新病院における療養環境整備、医師（または看護師など）の教育のため  
【企業の場合】臨床研究助成のため
- 二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあっては、金額）  
現金 〇〇〇〇円
- 三 寄附の予定年月日 平成 年 月 日予定
- 四 寄附の方法  
金融機関振込み（現金の場合）  
現物寄附（物品の場合）
- 五 その他  
【個人の場合】診療科、病棟などの場所、医師名など具体的に使用して欲しい項目がある場合にはご記入下さい。  
【企業の場合】医師〇〇〇〇における「〇〇〇〇研究」

### 備考

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ください。
2. ご寄附に条件等がございます場合には、「五 その他」にご記入ください。