

平成 年 月 日

国立病院機構旭川医療センター院長

西 村 英 夫 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旭川医療センターに寄附します。

### 記

一 寄附の目的

二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、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

- 「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。
- 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。