|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日独立行政法人国立病院機構横浜医療センター　院　長　殿 　 　　 　 　　　寄附者　住所 　　 　　　 氏名　　　　　　 　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　寄　　附　　申　　込　　書下記のとおり国立病院機構横浜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（金銭にあっては、金額）三　寄附の予定年月日四　寄附の方法五　寄附者掲示板への掲載希望（１万円以上寄付者のみ掲載対象）* 実名で記載希望　　□　匿名で掲載を希望　　　□掲載を希望しない

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