

様式第1号

平成 年 月 日

病院長 殿

寄附申込者 印
(寄附者の名称、主たる事業所の所在地、
代表者名及び電話番号。個人にあつては、
住所、指名及び電話番号)

下記のとおり、寄附を申し込みます。

1 寄附の金額 (又は評価額)

金 _____ 円

2 寄附の目的 (使途を指定する場合は、具体的に記入願います。)

3 寄附 (金) の (支払) 予定時期 年 月 日

4 その他