

独立行政法人国立病院機構
神戸医療センター 院長 殿

寄附者 住所 神戸市須磨区●●台●丁目●番●号
氏名 ●● ●● 印
電話 078-●●●-●●●●

寄 附 申 出 書

下記のとおり国立病院機構神戸医療センターに寄附します。

記

一 寄附の目的

【個人の場合】

患者さん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

【企業の場合】

臨床研究センター研究助成のため

二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）

現金●●●●●円
ガウン●●●枚

三 寄附の予定年月日 令和●●年●●月●●日（予定）

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

【個人の場合】

※診療科、病棟などの場所、医師名など具他敵に使用して欲しい項目がある場合にはご記入ください。

【企業の場合】

「●●●研究」（研究テーマを記載）

- 「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。
- 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。