

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構熊本医療センター院長 殿

寄附申出者

住 所

氏 名

電話番号

印

寄 附 申 出 書

下記のとおり独立行政法人国立病院機構熊本医療センターに寄附します。

記

一 寄附の目的

二 寄附物品の名称、数量及び価格(金銭にあつては金額)

三 寄附の予定年月日

四 寄附の方法

五 その他

※医療用医薬品製造業公正取引協議会(公取協)への加入の確認

加入している。(加入している場合は○を記入してください。)

備考 1. 「寄附の方法」については金融機関振込、現物寄附等の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。