

年 月 日

独立行政法人国立病院機構

西埼玉中央病院

院長 小村 伸朗 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西埼玉中央病院に寄附します。

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

四 寄附の方法

五 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。