

令和〇〇年〇〇月〇〇日

独立行政法人地域医療機能推進機構  
東京山手ディカルセンター院長 殿郵便番号 100-0000  
住 所 東京都新宿区〇〇〇-〇-〇  
氏 名 山手 太郎  
電話番号 03-3364-0251

(押印省略)

## 寄 附 申 出 書

独立行政法人地域医療機能推進機構寄附受入規程の内容を了知のうえ、下記のとおり  
貴センターに寄附を行いたいのので申し出ます。

## 記

## 1. 寄附金品の具体的な目的と使途 (□にチェック等をお願いします)

- ①  医療機器設備の整備に役立てるため  
②  環境の整備に役立てるため  
③  臨床に貢献する調査・研究に役立てるため  
④  医療スタッフの育成に役立てるため  
⑤  病院の〇〇〇診療科に役立てるため(※具体的な診療科をご記入ください)  
⑥  看護学校の運営に役立てるため  
⑦  その他(具体的に目的をご記入ください)  
・寄附の使途について  特定 ・  不特定

(特定の使途目的がある場合はその内容をご記入ください。)

## 2. 寄附金品の名称、数量及び価格 (金銭にあつては金額)

- (1) 現金 円 (※金額または品物の名称をご記入ください。)  
(2) 物品

品名	規格	数量	評価額		備考
			単価	金額	

## 3. 寄附の予定期日 令和 年 月 (※おおよその期日で結構です。)

## 4. 寄附の方法 銀行振込 (※品物の場合は郵送)

貴センターにおける寄附の公表について、以下の通り承諾します。

- ・寄附者のご芳名の院内掲示及びホームページ掲載などによる公表 希望する ・ 希望しない  
(※どちらかに○をお願い致します。ご希望の場合はホームページにご氏名を掲載させていただきます。)