別紙１

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構

宇多野病院院長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　寄附申込者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(法人にあっては法人名、職名、氏名)

「希望の庭　再生プロジェクト」　寄附申込書

裏面の事項を確認のうえ、下記のとおり宇多野病院に寄附します。

記

　一　寄附の目的　　　　　　　　　　　希望の庭再生プロジェクトに係る寄附

二　寄附金品の名称、数量及び価格　　金銭

　　金銭にあっては寄附金額　　　　　金　　　　　　　　　　　　　円

　三　寄附予定日　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　四　寄附の方法　　　　　　　　　　　口座振込

　五　その他

備考

　１．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。

別紙1-2

　　　　　　　　　　　　　　（お　な　ま　え）

１．　確認事項　　私、　　　　　　　　　　　　は

　　　　　　　　□当該寄附により当院が取得した財産について、無償で譲渡又は貸与を希望しません。

 □当該寄附により当院が取得した財産の使用について、会計を検査することはありません。

 □当該寄附により反対給付を求めることはありません。

 □当該寄附を行った後に、寄附金等の全部又は一部を取り消すことはありません。

　　　　　　　　□暴力団員等の反社会的勢力には該当しません。

※確認後、□欄にレ点をお願いします。

２．当院のホームページにご芳名の掲示 同意する　・　同意しない

※２．のご芳名について、法人名をご芳名とすることは出来かねるため、個人名の掲示となる旨ご了承願います。ただし、個人名の前に所属や役職の掲示を希望される際には４．その他にその旨をご記入ください。また、表面の寄附申出者に記載の氏名以外の名前にてホームページの掲示を希望される場合にも、以下にご希望の氏名をご記入下さい。

３．その他