

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

(法人にあつては法人名、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 |
| 金銭にあつては寄附金額 | 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

- 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。

(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、 <input type="checkbox"/> 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_____