

令和 ○年 ○月 ○日

独立行政法人国立病院機構
賀茂精神医療センター 院長 殿

寄附申出者 住所
氏名 ※自書の場合押印不要
電話

寄 附 申 出 書

下記のとおり賀茂精神医療センターに寄附します。

記

- 一 寄附の目的 患者の皆さまの療養環境改善のため
医師の教育のため

- 二 寄附金品の名称、数量及び価格（金銭にあつては、金額）
○○○○円

- 三 寄附の予定年月日 令和○ 年 ○月 ○日

- 四 寄附の方法 金融機関振込

- 五 その他
※診療科、病棟などの場所など具体的に使用して欲しい項目がある場合には
ご記入ください。

備考

- 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。