|  |
| --- |
| 令和　　年　　月　　日  　　独立行政法人国立病院機構  　　　北海道医療センター　院長　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　寄附申出者　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　㊞  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話  　　　　　　　　　　　　　 　寄　附　申　出　書  　　 下記のとおり国立病院機構に寄附します。  　　 なお、この寄附に基づき行われた研究、開発等により特許権等が発生した場合は、  　　その一切の権利が貴機構に帰属することに同意します。  記  　　　一　寄附の目的    　　　二　寄附金品の名称、数量及び価格    　　　三　寄附の予定年月日  　　　　　　　　　 令和　　年　　月　　日  　　　四　寄附の方法  　　　　　　　　　 貴院指定の口座へ振込  　　　五　その他    　 備考  　 １．「四．寄附の方法」については、金銭の金融機関振込、寄附金の現物寄附等  　　　 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。 |