

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 ⑩

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

- 「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。
- 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。