様式第１号

令和　　年　　月　　日

病院長　殿

寄附申込者　　印
（寄附者の名称、主たる事業所の所在地、
代表者名及び電話番号。個人にあっては、
住所、指名及び電話番号）

下記のとおり、寄附を申し込みます。

１　寄附の金額（又は評価額）
金　　円

２　寄附の目的（使途を指定する場合は、具体的に記入願います。）

３　寄附（金）の（支払）予定時期　　年　　月　　日

４　その他