

寄 附 申 出 書

令和 年 月 日

地方独立行政法人
りんくう総合医療センター理事長 殿

住所
団体名・氏名
電話番号

地方独立行政法人りんくう総合医療センター寄附金等受入規程の内容を了知のうえ、下記のとおり寄附を行いたいので申し出いたします。

記

1. 寄附金額等

寄附金額 金 _____ 円

物件名 (名称、数量) _____

2. 寄附の目的 (いずれかに○を付けてください)

- (1) 医療のための寄附
(2) 施設又は設備のための寄附
(3) 地方独立行政法人りんくう総合医療センター運営のための寄附
(4) その他

[_____]