令和　　年　　月　　日

奈良県総合医療センター

院長　　髙　済峯　　殿

申 請 者

住　所：

氏　名：

電話番号：

寄　付　申　請　書

このことについて、下記のとおり寄付の申し込みを申請します。

記

１．　寄 付 金 額　　円

２．　寄付者の住所及び氏名

住　所：

氏　名：

（寄付者が法人である場合は、名所及び主たる事務所の所在地並びに代表者）

３．　寄付の目的

４．　その他参考になる事項