令和　　年　　月　　日

寄 附 申 込 書

門司メディカルセンター病院長　殿

下記のとおり寄附の申込みをいたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 寄附申込者 | 住所氏名（団体）職業 | 印　　 |
| 寄附申込物件 |  |
| 寄附の理由 |  |
| その他 |  |