

年 月 日

地方独立行政法人茨城県西部医療機構

理事長 様

お名前：

ご住所：

ご連絡先：

この度、地方独立行政法人茨城県西部医療機構に寄附をしますので、  
下記のとおり申し込めます。

記

- 1 寄附物件
- 2 寄附目的（特にない場合は記入不要です）
- 3 寄附条件 なし
- 4 お名前の公表について（可・不可）←どちらかに○をつけてください。
- 5 寄附銘板への掲示について（可・不可）←どちらかに○をつけてください。