

令和 年 月 日

地方独立行政法人 奈良県立病院機構
奈良県総合リハビリテーションセンター
院長 林 雅 弘 様

住所

氏 名 _____ 印 _____

私はこのたび貴法人に対し、下記のとおり寄付を申し込みます。

記

寄付年月日	令和 年 月 日
寄 付 内 容	
寄 付 使 途	1. 奈良県総合リハビリテーションセンターの療育・訓練や 医学研究のために使用してください。 2. その他

以上