

# 昭和大学サポート寄付制度申込書

(奨学寄附へお申し込みの方はこちらにご記入ください)

学校法人昭和大学 理事長 殿

この度、下記のとおり寄付を申し込みます。

申込金額	円	ご記入日： 年 月 日
------	---	-------------

※申込書受領後、本学より振込用紙を別途通知いたします。(奨学寄附金のみ振込先が異なります。)

寄付の目的	項目 ( 2-⑰、2-⑱ ) 名称 ( 奨学寄附 )
	具体的な用途がある場合は、こちらにご記入下さい。 <small>例) 講座・研究室・教育職員の名前・部署等</small>

寄附申込者	(フリガナ) 氏名 又は 法人名	印 (記名・押印又は自署)	
		住所 (〒 - )	
	電話番号		
	担当者連絡先 (法人の場合は記入)	(所在地) (電話)	
		(担当者名) (部署)	
		(メールアドレス)	
		(事業年度) 月 日 ~ 月 日 (決算日)	
	※該当する区分 <b>全て</b> にチェック ( <input type="checkbox"/> ) し、必要事項を記入してください。		
	本学との関係	<input type="checkbox"/> 保護者	(学生氏名) (学年) 年生 (学生所属) 医学部・歯学部・薬学部・保健医療学部・看護専門学校・その他 ( ) (学生との続柄) 父・母・祖父・祖母・その他 ( )
		<input type="checkbox"/> 同窓	(卒業年) 年 (卒業回生) 回生 (卒業学部等) 医学部・歯学部・薬学部・保健医療学部・看護専門学校・その他 ( )
<input type="checkbox"/> 職員		(所属) (勤務地)	
<input type="checkbox"/> 一般			

※分割によるお支払いをご希望の場合はチェック (  ) してください。

振込方法 (払込方法)	<input type="checkbox"/> 分割による申込
	分割回数 : 回 払込金額 各回 円

## 《お問い合わせ・ご提出先》③～⑤の郵送先は8ページをご確認下さい

- 旗の台校舎 (臨床系講座)、昭和大学病院、東病院、歯科病院、烏山病院、保健医療学部  
..... 統括研究推進センター研究支援課 (03-3784-8019)
- 富士吉田教育部 ..... 富士吉田校舎事務課 (0555-22-4403)
- 北部病院 ..... 北部病院管理課 (045-949-7107)
- 江東豊洲病院 ..... 江東豊洲病院管理課 (03-6204-6302)
- 藤が丘病院・藤が丘リハビリテーション病院 ..... 藤が丘病院管理課 (045-974-6206)

※ご寄付先により申込書の提出先・お問い合わせ先が異なります。

※大学処理欄

受配者指定寄付

受付番号