

# 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。

**各赤枠内をご記載ください**

申込金額	1,000,000 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。 <input type="checkbox"/> 学部 <input type="checkbox"/> 講座 <input type="checkbox"/> 学部門 または <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 科 <small>例) 講座・研究室・教育職員の名前・部署等</small>

押印をお願いいたします。

寄附申込者	(フリガナ) 氏名 又は 法人名	カブシキガイシャ○○ ダイヤオリシマリヤクシヤチョウ ○○ ○○ 株式会社○○ 代表取締役社長 ○○ ○○ (記名 印 押印又は自署)
	住所	(〒 250 - ××××) 神奈川県××市○○ △-△-△
	電話番号	045- ×××-××××
	担当者連絡先 (法人の場合は記入)	(所在地) 東京都○○区×× △-△-△ (電話) 03-××××-×××× (担当者名) ○○ ○○ (部署) 営業1部営業1課 (メールアドレス) aaaaaaa@bbbbbbb.ac.jp (事業年度) 4月1日から翌年3月31日まで

※該当する区分 **全て** にチェック (☑) 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 checked="" 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。 **分割の場合後記載ください。**

振込方法 (払込方法)	<input checked="" type="checkbox"/> 分割による申込
	分割回数 : 5 回 払込金額 各回 200,000 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

①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)

②富士吉田教育部 ..... 富士吉田校舎事務課 (0555-22-4403)

③北部病院 ..... 北部病院管理課 (045-949-7107)

④江東豊洲病院 ..... 江東豊洲病院管理課 (03-6204-6302)

⑤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
------