

# 昭和医科大学サポート寄付制度申込書

学校法人昭和医科大学 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	ご記載日:	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 ) 具体的な使途がある場合は、こちらにご記入下さい。  例) 講座・研究室・教育職員の名前・部署等
-------	---

寄付申込者	(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(☑)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 》 郵送先は8ページをご確認下さい

旗の台校舎、昭和医科大学病院、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。

※法人処理欄

受配者指定寄付

受付番号
------