

昭和医科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。

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。
	○学部 ○○講座 ○学部門 または ○○病院 ○○科 例) 講座・研究室・教育職員の名前・部署等

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 シガ イシャ○○ ダ 化ヨトリシマリヤクシャチョウ ○○ ○○
		株式会社○○ 代表取締役社長 ○○ ○○ (記名 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	☐ 保護者
☐ 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 ()
☐ 職 員		(所属) (勤務地)
☒ 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)	☒ 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)
- 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

2025年4月更新