

昭和医科大学サポート寄付制度申込書

(申込書は同封の返信用封筒またはFAX(03-3784-8012)にて送付ください。)

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。

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

※2-⑰、⑱(奨学寄附金)の場合は、裏面にご記入ください。

寄付の目的 ※各ページからお選びください。	項目() 名称() 具体的な用途がある場合は、こちらにご記入ください。
--------------------------	--

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)	
	生年月日	年	月	日			
	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 <u>全て</u> 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							

※該当する支払い方法にチェック(☑)し、払込予定日を記入してください。

振込(払込)	<input type="checkbox"/> 一括払込	払込予定日:	年	月	日			
	<input type="checkbox"/> 分割払込	分割回数: 回	払込予定日:	年	月	日	払込金額:	円
			払込予定日:	年	月	日	払込金額:	円
		払込予定日:	年	月	日	払込金額:	円	
<input type="checkbox"/> 職員で給与天引きを希望	<input type="checkbox"/> 給与より天引き	分割回数:	回					
	<input type="checkbox"/> 賞与より天引き	分割回数:	回	7月		円/12月	円	
	<input type="checkbox"/> 給与・賞与を併用して天引き	給与分割回数:	回					
		賞与分割回数:	回	7月		円/12月	円	

※給与天引きにつきましては、お申し込み頂いた月の翌月から連続して天引きいたします。

※賞与天引きにつきましては、夏季賞与は6月10日まで、冬季賞与は11月10日までのお申し込み分を直近の賞与より天引きいたします。

※該当するものにチェック(☑)をしてください。

お名前の掲載希望	<input type="checkbox"/> 本学広報媒体(大学新聞・広報誌・パンフレット・ホームページ等)への掲載
	<input type="checkbox"/> 掲載希望ご芳名()※
	<input type="checkbox"/> 掲載を希望しない

※掲載希望名につきましては、ご記載のない場合、申込者氏名にて掲載させていただきます。

お問い合わせ・ご提出先	受付番号
学校法人昭和医科大学 総務部企画課 TEL:03-3784-8387	
※大学処理欄 <input type="checkbox"/> 受配者指定寄付	