

学校法人昭和医科大学創立100周年記念事業募金申込書

学校法人昭和医科大学 理事長 小口 勝司 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：西暦	年	月	日
------	---	---------	---	---	---

寄付の目的	創立100周年記念事業募金（寄付項目：6-1）					
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	(〒 -)				
	連 絡 先	(電話番号)				
		(e-mail)				
	(本学との関係) ※該当する区分にチェック (☑) し、必要事項を記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 同 窓	(卒業学部) 医学部・歯学部・薬学部・保健医療学部・看護専門学校・その他() (卒業年) 西暦 年 / (卒業回) 回生				
	<input type="checkbox"/> 保護者	(学生氏名) (学生との続柄) (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() (学年) 年 (学籍番号)				
<input type="checkbox"/> 法人担当連絡先	(所在地) (担当者名) (事業年度) 決算日 月 日 ~ 月 日	(電 話) (部 署) (e-mail)				
<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：	20	年	月	日		
	<input type="checkbox"/> 分割払込	分割回数：	回	初回払込予定日：	20	年	月	日
					20	年	月	日
					20	年	月	日
					20	年	月	日
					20	年	月	日

●備考欄

●該当するものにチェック (☑) をしてください。

お名前のご掲載希望	<input type="checkbox"/> 鷺沼キャンパス銘板への芳名・本学広報媒体への掲載を希望する 掲載希望名() ※
	<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
学校法人昭和医科大学 総務部企画課
TEL:03-3784-8387 FAX(03-3784-8012)
申込書は同封の返信用封筒またはFAXにて送付ください。

※大学処理欄

受配者指定寄付

受付番号

※WEB申込・クレジット決済の場合は、本紙によるお申込みは不要です。

学校法人昭和医科大学創立100周年記念事業募金申込書

学校法人昭和医科大学 理事長 小口 勝司 殿
この度、下記のとおり寄付を申し込みます。

【記入例】

申込金額	1,000,000 円	ご記入日：西暦	年	月	日
------	-------------	---------	---	---	---

寄付の目的	創立100周年記念事業募金 (寄付項目：6-1)					
寄付申込者	(フリガナ) 氏名又は法人名	ショウワ タロウ		印 (記名・押印又は自署)		
	住所	(〒××××-××××) 東京都〇〇区〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇				
	連絡先	(電話番号)	03-××××-××××			
		(e-mail)	××××@××××××××			
	(本学との関係) ※該当する区分にチェック (☑) し、必要事項を記入してください。					
	<input type="checkbox"/> 同窓	(卒業学部) 医学部・歯学部・薬学部・保健医療学部・看護専門学校・その他 () (卒業年) 西暦 年 / (卒業回) 回生				
<input checked="" type="checkbox"/> 保護者	(学生氏名) 昭和 次郎 (学生との続柄) 父 (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 () (学年) 3 年 (学籍番号) ××××××××					
<input type="checkbox"/> 法人担当連絡先	(所在地) (担当者名) (事業年度) 決算日 月 日 ~ 月 日	(電 話) (部 署) (e-mail)				
<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 checked="" type="checkbox"/> 一括払込	払込予定日：	20	22	年	12	月	1	日
	<input type="checkbox"/> 分割払込	分割回数：	回	初回払込予定日：	20	年	月	日	
					20	年	月	日	
					20	年	月	日	
					20	年	月	日	
					20	年	月	日	

●備考欄

●該当するものにチェック (☑) をしてください。

お名前のご掲載希望	<input checked="" type="checkbox"/> 鷺沼キャンパス銘板への芳名・本学広報媒体への掲載を希望する 掲載希望名 (昭和 太郎) ※
	<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 学校法人昭和医科大学 総務部企画課 TEL:03-3784-8387 FAX(03-3784-8012) 申込書は同封の返信用封筒またはFAXにて送付ください。

※大学処理欄

 受配者指定寄付

受付番号

※WEB申込・クレジット決済の場合は、本紙によるお申込みは不要です。