

教育・研究・診療の基盤整備（施設・設備）事業寄附申込書

(個人用)

令和 年 月 日

学校法人愛知医科大学 理事長 殿

(フリガナ) 氏名	印		
	生年月日	西暦 年 月 日	
現住所	<p>〒</p> <p>電話番号 :</p> <p>E-mail :</p>		
寄附金額	円		
振込予定	令和 年 月 日	予定	
寄附申込者区分（該当項目に○印を付し、内容のご記入をお願いします。）			
1 卒業生（医学部・看護学部・大学院医学研究科・大学院看護学研究科） (昭和・平成・令和 年卒業 支部)			
2 在校生のご父母等（学生氏名 (学生との続柄) (医学部・看護学部 学籍番号)			
3 一般（本学とのご関係）			

広報誌・ホームページ等のご芳名登録（記載がなかった場合は“可”とさせていただきます）

① 広報誌・ホームページ等（ 可 • 不可 ）

※申込者以外の掲載希望 氏名 ()

② プレート芳銘板（10万以上）（1号館1階ロビー）（ 可 • 不可 ）

※申込者以外の掲載希望 氏名 ()

③ タイル芳銘板（100万以上）（中央棟エントランスウェイ西側）（ 可 • 不可 ）

※申込者以外の掲載希望 氏名 ()

* ご提供いただきました個人情報につきましては、寄附者顕彰及び本学からの送付物（領収証等）発送に利用させていただくもので、それ以外の目的で使用することはありません。

大学使用欄	受付年月日	令和 年 月 日	整理番号
-------	-------	----------	------