

# 愛知医科大学創立 50 周年記念事業寄附申込書

(個人用)

令和 年 月 日

学校法人愛知医科大学 理事長 殿

(〒 ー )

住 所

(フリガナ)

氏 名 印

電話番号:

E-mail:

下記のとおり寄附を申込みます。

記

1 寄附金額 金 \_\_\_\_\_ 円

2 振込予定 令和 年 月 日予定

3 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 )

4 広報誌・ホームページ等のご芳名登録 ( 可 ・ 不可 )

\* 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