**教育･研究･診療の基盤整備事業募金　寄付申込書（個人用）**

令和　　　年　　　月　　　日

　学校法人愛知医科大学　理事長　殿

寄付申込者

（〒　　　 　－　　　　　　）

住　　所

　　　　　　　　　　　　（フリガナ）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号：

E-mail　：

　下記のとおり寄付を申し込みます。

記

１　寄付金の額　　　　　　金　　　　　　　　　　　　　　 円（➀～➄の計）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 寄付金の使途内訳 | ➀学びを深める環境により人材を育成します（例　奨学制度・ICT環境） | 万円 |
| ➁研究活動を活性化させ最先端医療を実現します（例　研究創出・安全と低侵襲） | 万円 |
| ➂教育の更なる発展のためキャンパス整備を進めます（キャンパス施設整備） | 万円 |
| ➃地域連携を深め社会に貢献します（例　公開講座・自治体等連携） | 万円 |
| ➄基盤整備一般 | 万円 |

２　振込予定　　　　　　　令和 　　年 　　月 　　日予定

３　寄付申込者区分（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（ 学生氏名　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　 （ 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、寄付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 |  |