

教育・研究・診療の施設・設備整備事業募金  
寄付申込書（個人用）

年 月 日

学校法人愛知医科大学 理事長 殿

寄付申込者

( 〒 ー )

住 所

(フリガナ)

氏 名

印

電話番号：

FAX：

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

2 振込予定 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） （ 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・ホームページ等でのご芳名掲載（可・否）

\* ご提供いただきました個人情報については、寄付者顕彰及び本学からの送付物（領収書等）の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

年 月 日

整理番号