

# 寄付申込書

年 月 日

公益財団法人 昭和大学医学・医療振興財団  
理事長 山元 俊憲 様

金額 金 \_\_\_\_\_円

振込予定 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

公益財団法人昭和大学医学・医療振興財団寄付金趣意書等を了承のうえ、上記の金額の寄付を申し込みます。

(ふりがな)

御芳名 (法人・団体様の場合は、代表者の役職・御芳名をご記入下さい。)

法人名・団体名 (個人様の場合は、ご記入は不要です。)

御住所

〒

連絡先

(電話)

(E-mail)

(注記) 上記の寄付金総額の50%以上を定款第4条に定める公益目的事業に使用します。  
(寄付金等取扱規程第3条2項)

◆ 寄付申込書ご提出先 (郵送/FAX/メール)

〒142-0064

東京都品川区旗の台 2-2-15 昭和大学 7号館 50年記念館 3階

公益財団法人昭和大学医学・医療振興財団 宛

TEL : 03-3783-6731 FAX : 03-3785-7350

E-mail : igakusinko@ofc.showa-u.ac.jp