

寄付申込書

年 月 日

公益財団法人昭和医科大学医療振興財団
理事長 山元 俊憲 様

金額 金

振込予定

公益財団法人昭和医科大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)
御芳名または法人名・団体名
(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。)

御住所

連絡先

(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)

※ 氏名または法人名・団体名の掲載希望について
 1.掲載を希望する 本財団広報媒体(広報誌・パンフレット・ホームページ等)
記載名をご記入ください(上記と異なる場合のみご記入ください)

2.掲載を希望しない

◆ 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 昭和医科大学7号館50年記念館3階
公益財団法人昭和医科大学医療振興財団 宛
TEL: 03-3783-6731 FAX: 03-3785-7350
E-mail: igakusinko@ofc.showa-u.ac.jp