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

　　　　　　　　　　　　（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）

* 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](mailto:igakusinko@ofc.showa-u.ac.jp)