

# 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 .....

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