

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