令和　　　年　　　月　　　日

学校法人　自治医科大学

　　理事長　大　石　利　雄　　殿

　　　　　〒　　　　－

寄付申込者  
住所

氏名（法人名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

法人代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

寄　付　申　込　書

下記により、学校法人自治医科大学に対し、寄付いたしますのでよろしくお取り計らいください。

記

１　寄付金使用者　　　＜寄付先を選択してください＞

２　寄付の目的

３　寄付金額　　　金 円

４　その他　　　貴大学が「特定公益増進法人であることの証明」　「税額控除に係る証明書」をお願いいたします。