

学校法人 自治医科大学
理事長 大石 利雄 殿

令和 年 月 日

住 所
氏 名 印

寄 附 申 請 書

下記により、自治医科大学の学術研究に対し、寄附いたしますのでよろしくお取り計らいください。

記

1. 寄附金使用者 脳神経外科学講座 川合謙介
2. 寄附の目的 学術研究のため
3. 寄 附 金 額 円
4. 担当(連絡)者 氏名
所属
住所 〒
電話番号
5. そ の 他 当社において、会計処理上寄附金として処理していることを申し添えます。
なお、貴大学が特定公益増進法人であることの証明をお願いいたします。