

年 月 日

学校法人 自治医科大学
理事長 大石利雄 殿

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 腎臓外科 岩見 大基

2. 寄附の目的 学術研究のため

(医薬品等製造販売業者の方のみ記載願います)

本寄附金は自社製品に関する臨床研究の実施を目的とした資金提供するものではありません。

3. 寄 附 金 額

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。