

寄 附 申 出 書

年 月 日

公立大学法人 奈良県立医科大学 理事長 殿

寄附者
住 所 〒

電話番号

ふりがな
氏 名

(法人等の団体の場合、「住所」欄は主たる事務所の所在地を、「氏名」欄は法人(団体)名及び代表者の方の 職名・氏名を記載してください。)

下記のとおり寄附を申し出ます。

記

- 1 寄 附 金 額 金 円
- 2 寄附の目的
 公立大学法人奈良県立医科大学未来への飛躍基金の充実のため
- 3 寄附金受入決定通知書の送付先(上記寄附者欄の内容と異なる場合のみご記入ください。)

住 所 〒 所 属 名
氏 名 電話番号

※下記2項目にもお答えください。

●本学とのご関係

下記のいずれかにを付けてください。

- 卒業生(卒業年次、学部・研究科名 大・昭・平 年、)
- 卒業生の家族 在学生の保護者
- 教職員(退職者を含む) その他 ()

●ご芳名等の公表

ご寄附者様のご芳名等を奈良県立医科大学の貢献者として、大学ホームページ、広報誌等に掲載させていただくとともに、合計30万円以上のご寄附をいただいた場合は、寄附者銘板へ掲載させていただきます。ご希望されない場合は、該当の選択肢にを付けてください。

- 氏名掲載を希望しない。(大学ホームページ、広報誌等への掲載)
- 金額掲載を希望しない。(大学ホームページ、広報誌等への掲載)
- 寄附者銘板への掲載を希望しない。(合計30万円以上の寄附者様のみ)

送付先：奈良県立医科大学
総務広報課
〒634-8521 奈良県橿原市四条町 840 番地
TEL：0744-22-3051(内線 2803)
直通番号：0744-23-9973
F A X：0744-29-8987