一般社団法人東北地域医療支援機構
修学資金制度支援寄附金申込書

令和　　年　　月　　日

一般社団法人東北地域医療支援機構
事務局　寄附金担当 宛

郵便番号：

住　所：

氏　名：　　印

電話番号：

（法人にあっては法人名、職名、氏名）

下記のとおり寄附を行いたいので申し込みします。

記

１．寄附の使途	※いずれか一つ、該当項目にチェックをお願いします。	
	□	１．修学資金の原資への助成 ※次のいずれか一つ、該当する県にチェックをお願いします。 （□宮城県 □青森県 □岩手県 □秋田県 □山形県 □福島県）
	□	２．修学資金の原資への助成（地域指定なし）
	□	３．使途は特に限定しません
２．寄附金額	円（申込口数：　　口）	
３．寄附の予定期日	令和　　年　　月	
４．ご意見、ご要望		

お知らせいただきました個人情報は本社団で厳重に管理し、目的以外の使用は致しません。