

平成 年 月 日()

東北医科薬科大学
教育研究協力資金係 宛

FAX:022-275-2383

日頃より、本学へのご理解・ご協力誠にありがとうございます。
折り返し、専用の振込用紙をお送りいたしますので、お手数ですが、以下の項目の記載をお願い致します。□には、当てはまる項目に☑(チェック)願います。

「教育研究協力資金」申込書

学校法人 東北医科薬科大学
理事長 高柳元明 殿

寄付申込者
住所 〒

氏名

連絡先TEL: ()

下記のとおり寄付いたします。

記

1. 寄付金額

金 _____ 円

2. 本学との関係

卒業生（卒業年： 昭和 _____ 年卒；旧姓： _____
平成 _____ 年卒）

在校生の父母（学生氏名： _____）

（学科・学年・組・番号： _____ 学科 年 組 番）

教職員（在職者・退職者）

（所属： _____）

その他（本学との関係）

（ _____ ）

3. 氏名掲載の承諾（※寄附にあたり、ホームページ、銘板等への寄附者氏名の掲載について）

希望します

希望しません

以上

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