

東北医科薬科大学  
教育研究協力資金係 宛

FAX:022-727-0081

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（※寄付にあたり、ホームページ、銘板等への寄付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。