

払込予定（分割払込をご希望の場合）

*2回目以降の寄付金申込書は後日ご送付いたします。

回数	払込予定年月	金額								回数	払込予定年月	金額							
		億	千	百	十	万	千	百	十			円	億	千	百	十	万	千	百
1	年 月									5	年 月								
2	年 月									6	年 月								
3	年 月									7	年 月								
4	年 月									8	年 月								
合 計																			

女性医師・研究者支援基金
女性医師・研究者支援事業に要する経費

法人(会社)名及び金額 学内報掲載 可 ・ 不可

(どちらかに○をつけてください)

通信欄

ご連絡担当者	部署名	役職名	ご芳名
			フリガナ
電話番号			
払込銀行名	銀行		支店
決算日	中間決算	月	日
		本決算	月
			日

(ご注意) 下記の項目は、大学担当者の記入欄です。ご記入の必要はございません。

平成 年 月 日 受付	通算受付NO.
----------------------------	---------