

平成 年 月 日

寄付申込書

学校法人 東京女子医科大学
理事長 吉岡 博光 殿

女性医師・研究者支援基金として、下記のとおり寄付を申し込みます。

フリガナ

ご芳名

印

〒

フリガナ

ご住所

TEL

記

| 申込金額 | 口 (1口 2万円) | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|--------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| 払込予定日 | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 振込名義 | フリガナ *お申込者と異なる場合はご記入をお願い致します。 | | | | | | | | | |
| 本学との関係 | 1. 父母 学生名 学年 | | | | | | | | | |
| | 2. 至誠会 明・大・昭・平 年卒業 旧姓 | | | | | | | | | |
| | 3. 教員・職員 ①法人役員評議員 ②教員・職員 ③旧教員・旧職員 | | | | | | | | | |
| | 4. その他 | | | | | | | | | |
| 備考 | 学内報への掲載 可 ・ 不可 | | | | | | | | | |

(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 | 受付NO. |
|-------------|-------|