

令和 年 月 日

寄 附 書

国立大学法人弘前大学長 殿

寄附者

郵便番号

住 所

法 人 名

氏 名

電話番号

印

下記のとおり寄附します。

記

1 寄附金額 円

2 寄附目的

3 寄附の条件

4 寄附金の名称

5 寄附の対象者(講座)等

6 その他

「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」(平成26年6月国立大学附属病院長会議策定)に基づき弘前大学医学部附属病院ホームページ上で公表されることに

☐ 同意します ☐ 同意しません

・担当者の連絡先(住所・氏名・電話番号) ※法人の場合など寄附者と異なる場合

・入金依頼書の送付先

☐ 寄附者宛て ☐ 担当者宛て ☐ その他(以下に住所・氏名をご記入願います)

※ 本寄附金の5%相当を、本学の教育研究の活性化推進のための財源として使用させていただきます。