

寄付申込書

学校法人 東京女子医科大学
理事長 山中 寿 殿

寄付申込者
住 所

社 名
代 表 者 名
(又は個人名)

印

東京女子医科大学 女性医療人キャリア形成センター基金として、下記の通り寄付を申し込みます。

記

申込金額	右欄に金額をご記入ください	億	千	百	十	万	千	百	十	円
払込予定日	令和 年 月 日 頃									
ご担当者	部署名 役職名 ご芳名 電話番号 メールアドレス									
払込銀行名	銀行									支店
貴社決算日	中間決算 月 日									
	本決算 月 日									
備考	大学ニュース(学内報)への掲載 可 ・ 不可 女性医療人キャリア形成センター年間活動報告書への掲載 可 ・ 不可									

※大学担当者の記入欄です。ご記入の必要はございません。

令和 年 月 日 受付	受付 NO.
-------------	--------