

寄付申込書

学校法人 東京女子医科大学
理事長 山中 寿 殿

フリガナ

ご芳名

印

〒 -

フリガナ

ご住所

TEL

()

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	口 (1口 2万円)	億	千	百	十	万	千	百	十	円
払込予定日	令和 年 月 日 頃									
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 ご関係	1. 父母会 学生ご芳名 _____ 学年 _____ 2. 至誠会 昭・平 _____ 年卒業 旧姓 _____ 3. 法人役員・教職員 ①理事・評議員 ②教職員 ③元教職員 4. その他									
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 ※掲載の可・不可いずれかに○印をお願い致します									

※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.
-------------	--------