

# 寄附金申込書

令和 年 月 日

国立大学法人熊本大学長 殿

郵便番号  
寄附者住所

会社名

代表者名 印

下記のとおり寄附します。

## 記

- 寄附金額 円
- 寄附の目的 研究・教育活動支援のため
- 寄附金の名称 大学病院寄附金
- 寄附の条件 なし
- その他

寄附金の一部を国立大学法人熊本大学の発展充実の観点から、必要な使途に使用することに同意します。

企業等（個人は除く）からの資金提供状況に係る透明性の確保を目的とした「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」（国立大学附属病院長会議策定）に基づき、本学のホームページに企業名、合計件数および合計金額を記載することについて、にレ印を付して下さい。

同意する  同意しない

連絡先（請求書送付先）

郵便番号  
住所  
会社名  
担当者名

電話番号

診療科名 災害医療教育研究センター

責任者名 笠岡 俊志 印

プロジェクトコード

( 147100001 k ) ・新規作成を依頼（紐付け ID )