

年 月 日

寄付申込書

学校法人順天堂 理事長 殿

郵便番号 [-]

寄付者 ご住所

(フリガナ)

お名前

電話番号 [() -]

- 寄付者区分 一般個人 法人（臨床研究法の特定臨床研究に 該当 非該当）
- 教職員（所属 _____）
- 卒業生（ _____ 学部 _____ 年度卒 支部 _____）
- 保護者会（ _____ 学部 _____ 年生 学生名 _____）
- 後援会（ _____ 学部 _____ 年度卒 学生名 _____）
- その他（ _____）

寄付金額

¥ _____

ご入金予定時期

月

寄付の趣旨

部門	<input type="checkbox"/> 医学部 <input type="checkbox"/> スポーツ健康科学部 <input type="checkbox"/> 医療看護学部 <input type="checkbox"/> 保健看護学部 <input type="checkbox"/> 国際教養学部 <input type="checkbox"/> 保健医療学部 <input type="checkbox"/> 医療科学部 <input type="checkbox"/> 健康データサイエンス学部 <input type="checkbox"/> 薬学部 <input type="checkbox"/> 大学院医学研究科 <input type="checkbox"/> 順天堂医院 <input type="checkbox"/> 静岡病院 <input type="checkbox"/> 浦安病院 <input type="checkbox"/> 越谷病院 <input type="checkbox"/> 江東高齢者医療センター <input type="checkbox"/> 練馬病院
使途	<input type="checkbox"/> 教育環境の充実 <input type="checkbox"/> キャンパス・ホスピタル施設の充実 <input type="checkbox"/> 国際交流支援 <input type="checkbox"/> 奨学資金 <input type="checkbox"/> 学生（クラブ）活動支援※ <input type="checkbox"/> 講座・特定の研究への支援※ <input type="checkbox"/> 本学を通じた出資※ ※のものは対象を下欄に具体的に記入して下さい (講座名・クラブ名・研究テーマ 等)
対象	

寄付控除用証明書： 要 不要 受配者指定寄付金（法人のみ）寄付受入通知書： 要 不要広報誌・銘板等への掲載について： 氏名のみ可 氏名・金額可 銘板のみ可 掲載不可

(順天堂記入欄)

担当部署： _____

責任者名： _____

印

本寄付金を特定臨床研究に該当する用途には使用いたしません。

所属長

受付日	受付	院長	学長補佐	学長特別補佐	学長	理事長補佐	理事長
入金年月日	経理課長	事務部長	学部長	研究科長			
	出納係	学生課長	研究戦略推進センター 研究企画・管理室担当	研究戦略推進センター 研究企画・管理室長代行	研究戦略推進センター 研究企画・管理室長	財務部長	総務局長

この寄付申込書は、順天堂大学財務課（03-5802-1013）にご提出下さい。

2024年4月1日