年　　月　　日

**獨協医科大学奨学寄付申込書**

**（研究助成金）**

獨 協 医 科 大 学　学 長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　〒

住　　所：

いずれかに○をしてください

（ 企業・病院・その他 ）寄付者名：

獨協医科大学の学術研究の向上を目的として、下記の通り寄付を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 研究課題及び内容 |  |
| 研究者（所属施設はいずれかに○をしてください） | 所属施設 | 獨協医科大学及び大学病院 |  |
| 埼玉医療センター |  |
| 日光医療センター |  |
| 診療科名（講座名） |  |
| 研究責任者 |  |
| 研究担当者 |  |
| 寄付金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 支払予定日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 特定公益増進法人の証明書 | 要 ： 不要　　いずれかに○をしてください |
| 担当者名 |  |
| 担当者連絡先（書類等送付先） | 住所　〒　　　　　　　　　　　TEL　　　　（　　　　）　　　　Mail |
| 備考 |  |

（大学よりお願い）

　　　＊支払いに際しては、事務処理の都合上、必ず事前に申込書を研究者所属施設（大学事務局経理課・埼玉医療ｾﾝﾀｰ事務部経理課・日光医療ｾﾝﾀｰ事務部経理課のいずれか）までご提出下さいますようお願いします（郵送可）。

　　　　なお、やむを得ない事情により申込書の提出が遅れる場合は、お手数ながら大学事務局経理課　　　（TEL：0282-87-2104）までご連絡ください。

　　　＊振込の場合、下記いずれかの口座までお願いします。（口座名：学校法人獨協学園 獨協医科大学）

　　　足利銀行　おもちゃのまち支店　普通　００４０７８４

　　　みずほ銀行　宇都宮支店　普通　２８０８５１５

　　申込書受付日　　　　　年　　月　　日