

獨協医科大学教育研究振興資金
寄付申込書 (大学用)
 (新型コロナウイルス感染症対応用)

学校法人 獨協学園
 獨協医科大学学長 殿

申込日： 年 月 日

法人名称等	フリガナ (法人の名称) 印 フリガナ (代表者役職及び氏名) 印 (住所) 〒 - Tel ()																										
連絡先	フリガナ (担当者名) _____ (部署) _____ (住所) 〒 - Tel () 領収書等送付先 (上記住所と異なる場合ご記入ください) (住所) 〒 - Tel ()																										
申込金額	<table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr> <td>金</td> <td>億</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>万</td> <td>千</td> <td>百</td> <td>十</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td> </td> </tr> </table>		金	億	千	百	十	万	千	百	十	円											《払込先にレ点をお付けください》 <input type="checkbox"/> 足利銀行 おもちゃのまち支店 普通 No.40784 <input type="checkbox"/> みずほ銀行 宇都宮支店 普通 No.2808515				
金	億	千	百	十	万	千	百	十	円																		
	(払込方法) <input type="checkbox"/> 一括払込年 月予定 <input type="checkbox"/> 分割払込回払 (分割払込の詳細は下欄にご記入ください) 《払込方法にレ点をお付けください》																										
寄付の種類	<input type="checkbox"/> 受配者指定寄付金 <input type="checkbox"/> 特定公益増進法人に対する寄付金 《希望される方にレ点をお付けください》																										
決算日	月 日	通信欄																									
使途の希望	使途 (対象施設) に関する希望の有無 《いずれかにレ点をして下さい》 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 有の場合 (<input type="checkbox"/> 医学部・ <input type="checkbox"/> 看護学部・ <input type="checkbox"/> 看護専門学校・ <input type="checkbox"/> 病院)																										
分割予定表	(回数)	(払込予定月)	(金額)							(送付日)	(入金日)																
			千	百	十	万	千	百	十	円																	
	第1回	年 月																									
	第2回	年 月																									
	第3回	年 月																									
	第4回	年 月																									
第5回	年 月																										
本学使用欄	受付番号	入金日	礼状送付日	領収書送付日	預り証発送日	事業団送金日	受領書送付日																				

* 注意事項 1. 分割払込の2回目以降の払込用紙は、払込ごとにご送付いたします。
 2. 受配者指定寄付金をお申し込みの場合は、日本私立学校振興・共済事業団用の寄付申込書(様式1-1)を併せてご提出ください。また、本学より日本私立学校振興・共済事業団の口座に振込まれる日が受領日となりますが、諸手続きの関係上、約1ヶ月の日数を要します。従って、当該事業年度の決算期に損金として処理を予定されている場合は、遅くとも決算日から起算して1ヶ月前までに、お振込いただくようお願いいたします。

(様式 1-1)

寄 付 申 込 書

私立学校法第3条に規定する学校法人が設置する学校教育法第1条に規定する学校（就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律第2条第7項に規定する幼保連携型認定こども園を含む。）及び学校法人（私立学校法第64条第4項の準学校法人を含む。）が設置する専修学校の教育若しくは研究に必要な費用又は基金に充てるために、下記のとおり寄付を申し込みます。

令和 年 月 日

日本私立学校振興・共済事業団

理 事 長 殿

(寄付申込者)

〒 ー

住 所

電 話 番 号
社 名

代 表 者 名
(又は個人名)

印

1	寄 付 金 の 額	金	円
2	寄 付 金 払 込 期 日	令和 年 月 日	
3	指 定 学 校 法 人	<u>学校法人獨協学園 獨協医科大学</u>	
4	確 認 事 項		

当該寄付により、寄付によって設けられた設備を専属的に利用することその他特別の利益を受けることはありません。

(注) 寄付者が法人の場合は、必ず法人としての寄付が確認できる印（法人登記印、代表者印、会社印等）を押印してください。

(注) 学校法人を經由して提出してください。