

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

〒

(寄付者) 住所

氏名

印

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 (講座・診療部等)	
	研究責任者	
	研究担当者	
寄付金額	円	
支払方法	振込：現金 いずれかに○をしてください	
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		
連絡先	住所	TEL ()
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管理課までご提出下さいますようお願いいたします。(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 (TEL0282-87-2104) までご連絡ください。

* 振込の場合、下記取引銀行、普通預金口座までお願いします。(口座名 獨協医科大学)

足利銀行 おもちゃのまち支店 普通No.40784

みずほ銀行 宇都宮支店 普通No.2808515

申込書受付日

年 月 日