

平成 年 月 日

国立大学法人滋賀医科大学長 殿

寄 附 者

住 所 〒520-2192 ← お忘れなくご記入ください
又は所属部署 滋賀県大津市瀬田月輪町

電話番号
又は職員番号 077-548-2111 (必須)

(かぶ)しがいしょうじ
だいひょうとりしまりやく

ふりがな ○○○ ○○○

株式会社滋賀医商事

氏 名 代表取締役 ●● ●● 印

※法人等にあつては法人等名, 学内者にあつては職名・氏名

領収書のお名前となります。
個人の方以外は、領収書には「職名」「氏名」は記載されません。

下記のとおり寄附します。

記

- 1 寄附金額 金 XXX,XXX,XXX 円
- 2 寄附の目的 ○○○講座研究助成のため
※特化した「目的」がある場合は、それをご記入ください。
- 3 寄附の条件 なし

4 寄附金の名称 ○○○講座研究助成金 (コード: XXXX)
※ご不明な場合は、受入れ部署等にご確認ください。

5 その他 簡単な成果報告の提出
※該当がある場合は、ご記入ください。

6 送付先等 (振込案内及び領収書の送付先が「寄附者」と異なる場合)

住 所: 〒520-2192 滋賀県大津市瀬田月輪町

法人等名 株式会社滋賀医商事

及 び: □□□□□部

担当者名 △△△△課 ◇◇ ◇◇

電話番号: 077-548-2082 Eメール: hqsangaku@belle.shiga-med.ac.jp

こちらに記載のない場合は、「寄附者」のご住所、お名前でご振込のご案内及び領収書を送付いたします。

※ 本学は、「独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律」の趣旨及び本学の運営状況等を明らかにする観点から、ご支援賜りました寄附金の一覧を公開しております。

上記のとおり寄附金の寄附申出がありましたので、受入れ方、よろしくお取り計らい願います。

講座等の長

講座等名 XXXXXX講座

職名・氏名 教授・** **

研究担当者 (講座等の長以外の場合に記載)

講座等名 XXXXXX講座

職名・氏名 講師・★★ ★★