

# 寄 附 申 出 書

年 月 日

国立大学法人滋賀医科大学長 殿

寄 附 者 法人等 個人(学外) 個人(学内)

住 所 〒  
又は所属部署

電 話 番 号

(フリガナ)

氏 名

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

下記のとおり寄附します。

## 記

寄附金額	円
寄附の目的 及び条件	
その他 参考となる事項	(研究担当者)
	(振込依頼書・領収書送付先) ※送付先が「寄附者」欄と異なる場合のみご記載ください。 住 所： 法 人 名： 担 当 者 名： 電 話 番 号： E-mail：
	(備考)

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。

※注 寄附金の一部は原則としてオーバーヘッドに充当いたします。

規定・要項等によりオーバーヘッドへの充当が認められない場合には、その旨が記載された書面をご提出願います。

-----以下、学内使用欄-----

上記のとおり寄附の申出がありましたので、次のとおり受け入れたく申請します。

寄 附 金 名 称：

予算詳細コード：

オーバーヘッドに関する参考資料： 有  無

講 座 名 等：

講 座 等 の 長

職 名・氏 名：

研 究 担 当 者 (同左の場合は、記載不要)

印 職 名・氏 名：