

(別紙様式第5号)

寄附講座等設置内容変更願

年 月 日

関西医療大学

学長 殿

寄附者 住所

氏名 印

(法人にあつては、法人名、職名及び氏名)

下記のとおり寄附講座等の設置内容の変更を願います。

記

- 1 寄附講座等名
- 2 設置内容の変更箇所
- 3 設置内容の変更理由