関西医療大学教育研究充実事業資金寄附申込書

申　込　日	令和　　年　　月　　日	整理番号	※
フ リ カ゛ ナ			
ご　芳　名 もしくは 法人・団体名			
フ リ カ゛ ナ			
法人・団体 の場合は 代表者名			
ご　住　所	〒　　－ TEL　　（　　）		
ご寄付金額			
ご寄付予定日	令和　　年　　月　　日		
在　学　生	学部 学籍番号 学科		
卒　業　生	短期大学 ・ 鍼灸大学 ・ 医療大学 ・ 専門学校 学部　　年　　月卒業 学科		
事務処理欄	※	検 ／	発送 ／	入力 ／	入金 ／