

学校法人関西医療学園 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	※		
フリガナ ご 芳 名 もしくは 法人・団体名					
フリガナ 法人・団体 の 場 合 は 代 表 者 名					
ご 住 所	〒 ー TEL ()				
寄附の使い道 チェックを入れて ください	【関西医療大学】 <input type="checkbox"/> 学生のキャンパスライフの充実 <input type="checkbox"/> キャンパスのICT化推進 <input type="checkbox"/> 教育研究施設の充実		【関西医療学園専門学校】 <input type="checkbox"/> 電子媒体を利用した教育の効率化 <input type="checkbox"/> 学修施設及び就職活動支援 <input type="checkbox"/> 教育環境設備の充実		
ご 寄 附 金 額					円
ご 寄 附 予 定 日	令和 年 月 日				
在 学 生	学部 学科	学籍番号 氏名			
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				
寄附情報の公開に ついて同意するも のにチェックを入 れてください	<input type="checkbox"/> 寄附者氏名 <input type="checkbox"/> 情報の公開に同意しない		<input type="checkbox"/> 寄附者氏名・金額		
事 務 処 理 欄	※	検 ／	発送 ／	入力 ／	入金 ／