令和　　年　　月　　日

大阪大学総長殿

 寄附者

 住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌﾘｶﾞﾅ

 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人にあっては、法人名及び職・氏名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

貴大学の運営助成のため、下記のとおり寄附します。

記

1. 寄附金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

1. 寄附の目的　　歯学部附属病院の運営及び教育研究の充実発展のため

1. 寄附の条件　　なし
2. 寄附金の名称　歯学部附属病院運営助成金
3. その他

「歯学部附属病院運営助成金」へご寄附いただける方につきましては、ご芳名の

公表について、承諾される場合は「可」に○を、承諾されない場合は「否」に○

をお願いします。

　　　　・ホームページへの掲載　　　　　　　　　　　可　・　否

　　　　・「寄附者のご芳名プレート」院内掲示　　　　可　・　否

　　　　　（累計５０万円以上のご寄附をいただいた方）

　※公表は氏名（法人の場合は法人名）のみを記載させていただきます。

ご芳名プレートにつきまして、職名、代表者名等の記載を希望される場合は、

（）内にご記入ください。　例：○○医院院長　　阪大　太郎

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）