

平成 年 月 日

大阪大学総長殿

寄附者
住 所 _____

フリガナ
氏 名 _____ 印

(法人にあつては、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
- 2 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
- 3 寄附の条件 なし
- 4 寄附金の名称 歯学部附属病院運営助成金
- 5 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

()