

年 月 日

国立大学法人浜松医科大学長 殿

【寄附者】

〒 ー

住 所

(フリガナ)

氏 名

印

(法人にあつては、法人名及び職・氏名)

下記のとおり寄附します。

記

寄 附 金 額	金 円
寄附の目的及び条件	目的：精神神経医学研究助成 条件：なし 22200
寄附金に名称がある場合 その名称	なし
その他参考となる事項	<input type="checkbox"/> 個人としての申込み <input type="checkbox"/> 法人・団体としての申込み (該当する項目に☑をご記入ください。) (研究担当者) 精神医学講座 山末 英典 (振込依頼書・領収書送付先) ※送付先が「寄附者」欄と異なる場合のみご記入ください。

<情報公開について>

- 個人による寄附の場合を除き、この申込書に記載されている情報について、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律に基づき開示請求があった場合、当該情報を開示いたします。
- (法人・団体としての申込みの場合) 「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」(国立大学附属病院長会議)に基づき、本学HPにおいて、寄附者名・講座等名・寄附金額及び件数を公表することに

同意します。 (同意いただける場合のみ☑をご記入ください。)

奨 2016