

寄付申込書

年 月 日

関西医科大学学長 殿

【ご寄付者】

住 所：(〒 -)

住民票の住所：

(上記と異なる場合のみご記入ください)

氏 名：

(法人名義でお申込みの場合は法人名をご記入ください)

代表者名：

(法人名義でお申込みの場合は職名および氏名をご記入ください)

電話番号：

下記のとおり関西医科大学の学術研究活動の振興に充てるために寄付を申し込みます。

寄付対象先：

学部名等【医学部・看護学部・リハビリテーション学部・附属生命医学研究所・附属光免疫医学研究所】

講座名等【 講座 ・ 領域 ・ 部門 】

記

1. 寄付金額

円

2. 寄付の目的または研究課題名等（ある場合のみご記入ください）

3. その他

(銀行振込依頼書や領収書の送付について、ご指定の送付先やご担当者様の情報は本欄にご記入ください)

以上

- ※ 個人の場合は所得税、法人の場合は法人税がそれぞれ減税の対象となります。法人格のない団体は減税対象とはなりません。
- ※ 個人寄付の場合において、「住所（書類等のお届け先）」と住民票の登録住所が異なる場合、住民票を登録している住所もご記入下さい。（個人住民税の減税手続きのため）
- ※ 大阪府下にお住まいの方については、個人情報(住所、氏名、寄付金受領日、寄付金額)を大阪府に提供いたしますので、ご了承ください。（個人の方のみ）

寄付申込書

2024年4月1日

関西医科大学学長 殿

【ご寄付者】

住 所：〒〇〇〇-〇〇〇〇

大阪府中央区〇〇町〇丁目〇番〇号

住民票の住所：

(上記と異なる場合のみご記入ください)

氏 名：大阪第一製薬株式会社 (ご捺印は不要です)

(法人名義でお申込みの場合は法人名をご記入ください)

代表者名：代表取締役社長 大阪 一郎

(法人名義でお申込みの場合は職名および氏名をご記入ください)

電話番号：072-804-2686

下記のとおり関西医科大学の学術研究活動の振興に充てるために寄付を申し込みます。

寄付対象先：

学部名等【医学部・看護学部・リハビリテーション学部・附属生命医学研究所・附属光免疫医学研究所】

講座名等【脳神経外科学 講座 ・ 領域 ・ 部門】

記

1. 寄付金額

1,000,000 円

2. 寄付の目的または研究課題名等 (ある場合のみご記入ください)

研究課題名：がんの治療薬の開発に関する研究

3. その他

(銀行振込依頼書や領収書の送付について、ご指定の送付先やご担当者様の情報は本欄にご記入ください)

以上

- ※ 個人の場合は所得税、法人の場合は法人税がそれぞれ減税の対象となります。法人格のない団体は減税対象とはなりません。
- ※ 個人寄付の場合において、「住所 (書類等のお届け先)」と住民票の登録住所が異なる場合、住民票を登録している住所もご記入下さい。(個人住民税の減税手続きのため)
- ※ 大阪府下にお住まいの方については、個人情報(住所、氏名、寄付金受領日、寄付金額)を大阪府に提供いたしますので、ご了承ください。(個人の方のみ)