

令和 年 月 日

国立大学法人旭川医科大学長 殿

寄 附 者

住 所 〒

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

1. 寄 附 金 額 金 円

2. 寄附の目的 医学研究助成のため
(周産期医療支援及び若手医師育成のため)

3. 教育・研究代表者

所 属 産婦人科学講座

氏 名 加藤 育民 (No. 1091)

4. その他参考となる事項 (該当する項目にチェックしてください)

産婦人科学講座ホームページへの氏名の掲載に 同意します。 同意しません。

<該当する項目にチェックしてください>

- 教育・研究代表者の申し出により、転出後も引き続き同様の寄附目的において研究できるよう、残額を旭川医科大学寄附金規程第2条第2号に規定する他の国立大学法人、大学共同利用機関並びに独立行政法人国立高等専門学校機構へ移管することに 了承する。 了承しない。

(寄附者が法人の場合のみ記載願います)

- 企業等からの資金提供状況に係わる透明性を高めるため、本学HP等において、企業等名・講座(診療科名)・寄附金額・寄附件数を公開することに 同意します。 同意しません。

(寄附者が本学教員個人の場合のみ記載願います)

- 寄附金となる財源
 財団等からの助成金 (財団名: _____) ※参考となる資料を添付願います。
 教員自身の個人資金
 その他 (_____)

1) 上記3. 教育・研究代表者が本学を辞職することになった場合等の寄附金残額の事務取り扱いについては、本学へ委任いただきます。

2) この申込書に記載されている情報は、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律第3条の規定に基づき開示請求があった場合は、当該情報を原則開示しております。

【入金依頼書・領収書送付先】

(事務担当の方のご連絡先をご記入ください)

住所 〒

氏名