

国立大学法人旭川医科大学長 殿

寄附者 法人 個人（学外） 個人（学内）
住所 〒

電話番号 _____

フリガナ _____

氏名 _____ ㊟

(法人にあたっては、法人名および職・氏名)

寄 附 申 込 書

下記のとおり寄附します。

記

1. 寄 附 金 額	金 円
2. 寄 附 の 種 別	<input type="checkbox"/> 公募等による研究助成金（名称：_____） 《研究助成金の場合は関係資料を添付してください。》（※注1） <input checked="" type="checkbox"/> 一般の寄附金（※注2）
3. 寄 附 の 目 的	<input type="checkbox"/> 学術研究助成のため（公募等による研究助成金の場合） <input checked="" type="checkbox"/> 教育又は研究の奨励のため <input type="checkbox"/> 病院運営（診療等）助成のため <input type="checkbox"/> その他大学業務遂行のため（_____）
4. 教育・研究・診療等 代 表 者	所 属： 外科学講座（心臓大血管外科学分野） 職名・氏名： 紙谷 寛之
5. 入金依頼書・ 領収書の送付先 (寄附者と異なる場合)	住 所： 法人等名称： 部署・担当者名： 電 話 番 号： メールアドレス：
6. 移管に関する同意	教育・研究・診療等代表者が他の国立大学法人等に転出する場合、教育・ 研究・診療等代表者の申し出により、残額を転出先機関へ移管することを <input type="checkbox"/> 了承します。 <input type="checkbox"/> 了承しません。
7. 情報公開に関する 同意（法人のみ）	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 <input type="checkbox"/> 同意します。 <input type="checkbox"/> 同意しません。
8. 備 考	心臓外科医育成募金 No.135

- 1) 教育・研究・診療等代表者が本学を退職することになった場合等の寄附金残額の事務取扱については、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。

※ 注1 寄附金の一部は原則として本学共通経費に充当いたします。「寄附の種別」が研究助成金に該当するもののうち、規定等により研究共通経費への充当が認められていない場合には、その旨が記載された書面をご提出ください。

※ 注2 寄附の名称が研究助成金であっても、応募、申請及び審査の形を経ないものは一般の寄附金としてお申込みください。

_____ 以下、事務局担当者使用欄 _____

受付番号：_____ / 受領日：令和 年 月 日 / 寄附金番号： 新規・既存 No. _____