**旭川医科大学基金申込書**

（兼・銀行口座からの継続引落依頼書）

令和　　年　　月　　日

旭川医科大学長　殿

所属

郵便番号　〒　　　－

住所

（ふりがな）

氏名

個人番号

旭川医科大学基金の趣旨に賛同し，下記のとおり寄附をいたしますので，銀行口座からの引落しに同意いたします。

記

**◇寄附金額**

（一口　500円） 数　　　口　　　月額　金　　　　　　　　円也

**◇寄附開始月**

年　　　　　月から

**◇寄附の内容**

□旭川医科大学基金全般へ寄附　　　　□修学支援事業への寄附

□その他（事業名又は内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**◇寄附者氏名の掲示等について**

・銘板への寄附者の名前及び会員称号の掲示（100,000円以上のご寄附をされた方（累計

を含む））

□　希望しない

・芳名録への寄附者氏名の掲載

□　希望しない

注意事項

・引落としは毎月23日です。

・引落とし口座の登録が無い場合は、口座指定用紙の提出が必要になりますので、担当者にご確認ください。

・寄附金額が2,000円を超えた場合は税額控除の対象となります。また、寄附の内容によって控除の内容も変わりますので、参考資料をご覧ください。（HPに掲載）

問い合わせ・書類提出先

総務部総務課広報基金係（事務局管理棟2階）

内線　2118