

金沢医科大学病院支援募金申込書

令和 年 月 日

下記のとおり、金沢医科大学病院支援募金を申し込みます。

●寄付(個人・法人)をお申込みの場合

申込金額	万円	振込予定日	令和 年 月 日
払込口座	<input type="checkbox"/> みずほ銀行金沢支店	<input type="checkbox"/> 福井銀行金沢支店	
	<input type="checkbox"/> 三井住友銀行金沢支店	<input type="checkbox"/> 福井銀行金沢医科大学病院支店	
	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行金沢支店	<input type="checkbox"/> 北國銀行本店	
	<input type="checkbox"/> 興能信用金庫内灘支店		

氏名	(ふりがな)	印鑑	
	(法人の場合は法人名及び代表者名をご記入願います)		
現住所	〒 -		
	電話番号 ()		
本学との関係	<input type="checkbox"/> 卒業生(学部・学研究科 年卒)		
	<input type="checkbox"/> 在学生(学部・学研究科)	<input type="checkbox"/> 在学生・卒業生の保護者	
	<input type="checkbox"/> 現・元教職員	<input type="checkbox"/> 一般()	
氏名の掲載	学報、同窓会報及びホームページへの氏名・寄付種別の掲載について		
	<input type="checkbox"/> 掲載する	<input type="checkbox"/> 掲載しない	※金額は掲載しません
(備考欄)			

必要事項をご記入いただきましたら上書き保存を実行し、
ファイルをメールに添付してkanrika@kanazawa-med.ac.jp (病院管理課) までご送付ください。
※件名、本文などは不要です