

# 金沢医科大学学生支援募金申込書

令和 年 月 日

下記のとおり、金沢医科大学学生支援募金を申し込みます。

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		

申込者	氏名	(ふりがな)	印鑑	
	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	ホームページ等への氏名・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fund@kanazawa-med.ac.jp（教育研究事業支援課）までご送付ください。  
※件名、本文などは不要です