

岡山大学歯学部同窓会基金寄付申込連絡票

FAX 086-234-8150

岡山大学歯学部同窓会事務局 御中

国立大学法人岡山大学寄付金受入規程を了解のうえ、岡山大学歯学部同窓会基金に寄付いたしたく、振込依頼書の郵送を希望いたします。

令和 年 月 日

寄付者 住 所 〒

氏 名

寄付金額	金 円
寄付目的	歯学部棟改修事業及び学生修学・奨学支援のため
寄付条件	なし
歯学部との関係	<input type="checkbox"/> 卒業生（卒業年次：西暦_____年3月卒、第____期生） <input type="checkbox"/> 退職教職員 <input type="checkbox"/> 現職教職員 <input type="checkbox"/> 一般企業・団体・病院等 <input type="checkbox"/> 一般個人 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） ※いずれかにレ点のご記入をお願いします。
ご芳名公表	<input type="checkbox"/> 希望する（以下の部分もご記入ください。複数回答可） <input type="checkbox"/> 歯学部同窓会会誌・ホームページ <input type="checkbox"/> 銘板（ただし基準額以上の場合） 希望する掲載内容（個人名、法人名、教室名など） _____ <input type="checkbox"/> 希望しない ※いずれかにレ点のご記入をお願いします。