



年 月 日

寄付申込書

(教育研究維持充実資金)

学校法人 聖路加国際大学 理事長殿

貴法人の趣旨に賛同し、下記の通り寄付を申し込みます。

(フリガナ)

お名前

ご住所 (〒 -)

電話番号 ()

メールアドレス @

- | | | |
|------------|---|----------------|
| 1 寄付金額 | 金 | 円 |
| 2 寄付方法 | <input type="checkbox"/> 現金 | |
| | <input type="checkbox"/> 銀行振込(振込予定日 月 日) | |
| 3 本学とのご関係 | | |
| ◇聖路加国際病院 | <input type="checkbox"/> 患者本人 <input type="checkbox"/> 患者家族 | (患者 ID:) |
| ◇聖路加国際大学 | <input type="checkbox"/> 在校生(ご父兄) | (年入学 / お名前:) |
| | <input type="checkbox"/> 卒業生 (年卒業) | |
| ◇教職員・役員 | <input type="checkbox"/> 理事・評議員 | |
| | <input type="checkbox"/> 教職員 (職員 No.) | |
| ◇その他 () | | |
| 4 広報誌等への掲載 | <input type="checkbox"/> 掲載可 <input type="checkbox"/> 匿名希望 | () |

※ 寄付目的のご指定内容によっては、税制優遇措置の対象外となります。

※ ご記入いただきました個人情報、当該寄付にかかわる業務以外には使用いたしません。

ご寄付ありがとうございました。

税制書類	済・不要	入金日		発送日	
領収書	済・不要	入金者			済・不要

〒104-8560 東京都中央区明石町 10-1
 学校法人 聖路加国際大学
 TEL : 03-5550-2368
 FAX : 03-5565-1626