ネーミングライツパートナー申込書

国立大学法人東京医科歯科大学ネーミングライツパートナー募集要項及び国立大学法人東京医科歯科大学におけるネーミングライツに関する基本方針について、充分に理解したうえで国立大学法人東京医科歯科大学のネーミングライツパートナーになることを希望します。

なお、本申込書については、事実と相違ないことを誓約します。

国立大学法人東京医科歯科大学長 殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込みを行う法人の住所、名称及び代表者等氏名 | 所在地  法人名  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | |
| 希望施設名 |  | |
| 応募の趣旨 |  | |
| 希望契約期間 | 年　　月　　日 　　から　　年　　月　　日まで　（　年間） | |
| ネーミングライツ料希望金額 | 年額　　　　　　　 円（消費税は別途）  【　　年間合計　　　 　　円（消費税は別途）】 | |
| 愛　　称　(案)※ | 日本語表記　　　　　「　　　　　　　　　　　 　　　」  アルファベット表記　「　　　　　　　　　　　　　　　　　」 | |
| 提案特典等の有無 | 有　　 ・ 　　無  （有の場合は提案書（任意様式）を提出してください。） | |
| 担当者連絡先 | 部署 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

（※）別紙に記載し、本申込書に添付することも可能です。