**東京医科歯科大学基金寄附申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| お申し込み区分 | 個人（　）　　法人（　） |

年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| お名前 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ご担当所属名（法人の場合） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名　（法人の場合） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 寄附金額 | 円 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 本学との関係 | 一般・患者様 |  |
| 卒業生 | 学部等　　　　　　　　　　卒業年度 |
| 在校生 | 学部等　　　　　　　　　　学年 |
| 学生の保護者  学生のお名前 | 学部等　　　　　　　　　　学年 |
| 教職員(退職者含む)  所属(最後の所属) |  |
| その他(具体的に) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ホームページ等に  おけるお名前の公表 | 寄附者のご芳名を希望する場合はホームページ上へ掲載いたします。  お名前の公表につきまして　　（　）承諾します　（　）承諾しません |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 寄附の目的 | □ | 一般基金 |  |
| □ | 新型コロナウイルス感染症対策基金 |  |
| □ | 修学支援基金 |  |
| □ | 課外活動支援基金 | 部 |
| □ | 東京医科歯科大学病院支援基金 | □指定なし　　□医系　　□歯系 |
| □ | 研究等支援基金 |  |
|  | □ | 産学連携強化支援基金 |  |

**東京医科歯科大学募金室**

**〒113-8510　東京都文京区湯島1-5-45　　電話03-5803-5068　ファックス03-5803-0273**

**e-mail：bokin.adm（ここに＠を入れてください）tmd.ac.jp**

その他参考事項