

別紙様式1号（第4条関係）

年 月 日

佐 賀 大 学 長 様

寄 附 者

住 所 ○○県○○市○○町○-○-○

氏 名 ○○株式会社

代表取締役 ○○ ○○

お願い：お手数ですが、個人名でお申し込みの方は
氏名にふりがなをご記入ください。

国立大学法人佐賀大学寄附金事務取扱規程第4条の規定に基づき、
下記のとおり寄附します。

記

- 1 寄 附 金 額 ○○○, ○○○円
- 2 寄 附 の 目 的 佐賀大学医学部未来医学基金（777000）
- 3 寄 附 の 条 件 なし
- 4 寄附の公表 ☒ 可 ・ ☐ 不可
- 5 そ の 他
(研究等担当者) 医学部長

(寄附者連絡先) 書類等を送付する際の連絡先をご記入ください。
〒○○○-○○○○
○○県○○市○○町○-○-○
○○株式会社 ○○研究所
○○部 ○○ ○○
電話 ○○○-○○○-○○○○