

# 寄付金申込書(個人用)

年 月 日

新潟薬科大学 殿

(郵便番号 ー )

住所  
-----  
フリガナ  
寄付者 氏 名 印  
-----

下記のとおり、寄付金を申し込みいたします。

記

1 寄付金額	金	円也
2 寄付の目的		
3 寄付の条件		
4 連絡先	(電話番号)	
5 その他		
6 確認事項 (該当する項目にチェック☑を入れ、必要事項をご記入ください。)		
本学との関係	<input type="checkbox"/> 保護者	在学者名：( ) 学籍番号：( ) <input type="checkbox"/> ( ) 学部 ( ) 学科 <input type="checkbox"/> 大学院 ( ) 研究科
	<input type="checkbox"/> 同窓生	卒業・修了年月：( ) 年 ( ) 月 <input type="checkbox"/> ( ) 学部 ( ) 学科 <input type="checkbox"/> 大学院 ( ) 研究科
	<input type="checkbox"/> 元教職員	所属：( ) 職位：( )
	<input type="checkbox"/> 教職員	所属：( ) 職位：( )
	<input type="checkbox"/> その他	( )

※送付先：〒956-8603 新潟市秋葉区東島265-1 新潟薬科大学 事務部学事課