

旭川医科大学基金申込書

(兼・銀行口座からの継続引落依頼書)

令和 年 月 日

旭川医科大学長 殿

所 属 _____

郵便番号 〒 _____

住 所 _____

(ふりがな)

氏 名 _____

個人番号 _____

旭川医科大学基金の趣旨に賛同し、下記のとおり寄附をいたしますので、銀行口座からの引落しに同意いたします。

記

◇寄 附 金 額

(一口 500 円) 数 _____ 口 月額 金 _____ 円也

◇寄 附 開 始 月

_____ 年 _____ 月から

◇寄 附 の 内 容

☐ 旭川医科大学基金全般へ寄附

☐ 修学支援事業への寄附

☐ その他 (事業名又は内容 :

)

◇寄附者氏名の掲示等について

- ・ 銘板への寄附者の名前及び会員称号の掲示 (100,000 円以上のご寄附をされた方 (累計を含む))

☐ 希望しない

- ・ 芳名録への寄附者氏名の掲載

☐ 希望しない

注意事項

- ・ 引落としは毎月 23 日です。
- ・ 引落とし口座の登録が無い場合は、口座指定用紙の提出が必要になりますので、担当者にご確認ください。
- ・ 寄附金額が 2,000 円を超えた場合は税額控除の対象となります。また、寄附の内容によって控除の内容も変わりますので、参考資料をご覧ください。(HP に掲載)

問い合わせ・書類提出先

総務部総務課広報基金係 (事務局管理棟 2 階)

内線 2118