

研究助成寄附金申込書

年 月 日

学校法人京都薬科大学
理事長 様

寄附申込者

住 所

氏 名

印

下記の通り寄附金の申し込みを致します。

記

1.寄附の目的 京都薬科大学における研究助成のため

2.寄附金額 _____ 円

3.紹介分野・職位・氏名

4. 寄附担当者

住所	〒
所属	
氏名	
電話番号	
メール	

以 上

※ご記入いただいた個人情報は、寄附金処理のために使用いたします。