

令和 年 月 日

国立大学法人  
琉球大学長 殿

寄附者 郵便番号  
住 所  
氏 名 印  
電話番号  
(法人にあつては、法人名、職名及び氏名)

下記のとおり寄附します。

記

1. 寄 附 金 額 金 円
2. 寄附金の使途・目的 医学部 システム生理学講座 への 教育研究助成として
3. 寄 附 の 条 件 なし
4. 寄 附 金 の 名 称 琉球大学大学院医学研究科寄附金
5. その他 (研究代表者等)
6. 「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン (平成 26 年 6 月策定 平成 28 年 6 月改定国立大学附属病院長会議)」に基づく公表について  
(  同意します。 ・  同意しません。 )  
※どちらかにチェックして下さい。  
(個人による寄附は公表の対象になりませんので、チェック不要です。)

受付月日	分野等の長印

振込依頼書の送付先  
〒 TEL  
住 所  
会社等  
担当者