

記入例

日付を必ずご記入下さい。

令和 年 月 日

神戸大学長 殿

代表者又は寄附者個人氏名には、必ずフリガナをご記入下さい。

寄 附 者

住 所 〒〇〇〇-〇〇〇〇

神戸市〇区〇〇町〇-〇

株式会社〇〇〇〇

フリガナ 〇〇〇〇 〇〇〇〇

氏 名 代表取締役 〇〇 〇〇 印

下記のとおり寄附します。

記

1. 寄 附 金 額:金〇, 〇〇〇, 〇〇〇円

2. 寄 附 目 的:◇◇◇◇◇に対する研究助成

3. 寄 附 条 件:なし

4. 寄附金の名称:◇◇◇◇◇奨学寄附金

5. 納 付 方 法:振込依頼書による

6. そ の 他 :振込依頼書送付先:(寄附者と異なる場合はご記入下さい。)

〒〇〇〇-〇〇〇〇 神戸市〇区〇〇町〇-〇
〇〇株式会社〇〇部〇〇課 〇〇 〇〇宛て

変更しないで下さい。

(1) 本寄附金について、研究担当職員の退職、他大学への転出等により神戸大学が寄附対象者を変更することを了解し、それに伴う手続きについては神戸大学に委任いたします。

(2) 本寄附金の一部を下記経費に充当することについて、了解いたします。

内 訳	備 考
教育研究活性化支援経費 (寄附金の2%)	御寄附の金額から2%を神戸大学における教育研究基盤の充実、教育研究活動の活性化及び組織としての一層の競争力を高めるための経費に充当させていただくものです。

医学研究科と附属病院の別
をご確認下さい。(変更不可)

(大学記入欄)

教育研究活性化支援経費
対象外チェック欄

寄附金コードを記載しており
ますので変更しないで下さい。

医学研究科

K55XXXXXX

所属長確認印

1. 申込書受付後、振込依頼書送付まで3週間程度かかります。
2. 「2. 寄附目的」、「4. 寄附金の名称」等、様式の変更は行わないようよろしくお願いします。
3. 寄附金領収証明書は入金翌月に発行します。
4. 研究関係公益法人等からの助成金の場合は助成金用の様式をご使用下さい。

お問い合わせ:神戸大学医学部研究支援課研究支援係 078-382-5370 k9shien@med.kobe-u.ac.jp