**寄付申込書**

　年　　　　　　月　　　　　日

三医看同窓会 会長様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ﾌ ﾘ ｶ ﾞﾅ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（県立・国立・医短・学部　　　　回生）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記のとおり寄付を申し込みます。

記

1. 寄付金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円也

1. 寄付金払込日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

３．　御厚志に対するお礼

ご寄付をいただいた方につきまして、感謝の気持ちを表して、会報にご芳名を掲載させていただきます。

　　　　匿名をご希望の方は右の欄に☑マークをお付けください　　　　　　　　　　　□　匿名を希望する

４．寄付申込書の送付先

|  |
| --- |
| 　　三医看同窓会事務局郵送先住所：　　　　　　　　〒514-8507 三重県津市江戸橋２丁目174　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　三重大学医学部看護学科　三医看同窓会担当者宛て送信先メールアドレス：　　sanikandosokai@gmail.com  |