

# 寄付申込書

年 月 日

三医看同窓会 会長様

住 所 〒

フリカ\*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

2. 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