

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
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 ブレイン・ヘルスケア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 琉球大学医学部寄附金
5. その他（研究代表者等） 石内 勝吾
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