

# 寄付金申込書

年 月 日

学校法人 東京歯科大学  
理事長 井出 吉信 殿

住所

氏名

印

下記のとおり寄付金を申し込みます。

記

1. 寄付金額 \_\_\_\_\_ 円

2. 寄付の目的

3. 使途の特定