

年 月 日

奨学研究寄付申込書

学校法人 東京歯科大学
理事長 井出 吉信 殿

(寄付者)

住 所

氏 名

㊞

今般、貴大学の研究発展に寄与するため、下記のとおり奨学研究寄付の申込を致します。

記

寄付の目的 (該当に☑を付す)	1 研究成果等報告を求めない奨学研究助成寄付金 2 企業等公募型 研究助成寄付金 (研究テーマ有り) 3 趣意書提出型 研究助成寄付金 (研究テーマ有り)
寄付の条件 (該当に☑を付す)	1 特になし 2 「企業活動と医療機関等の関係の透明性に関する同意書」の提出 その他 (A.簡易な研究成果報告・B.簡易な寄付金使用報告)
研究寄付先	研究室・診療科名 研究者氏名 所属 (大学・市川総合病院・千葉歯科医療センター) 研究テーマ (有・無)
寄付金額	¥
ご担当者 連絡先	郵便番号 〒 _____ 住 所 _____ 会 社 名 _____ 所属部課 _____ 担当者名 _____ 電話番号 _____ e-mail _____ その他 _____

受付時確認書類 助成申請書 (写)・趣意書 (写)・採択通知書 (写)・情報公開同意書 (写)