年　　月　　日

寄 付 金 申 込 書

大阪医科薬科大学女性医師の会

会長　様

　　　　　　　　　　　　　寄付者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ご住所（〒　　　－　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　 話　　　　　－　　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

下記のとおり寄付します。

記

１　　寄　付　金　額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

２　　氏名の公表　（いずれかに✓をご記入ください）

　　　　　ご芳名のホームページ等への掲載

* 承諾する　　　□　承諾しない

以上

ご送付先： 〒569-8686　大阪府高槻市大学町2番7号

　 　　大阪医科薬科大学女性医師の会

事務局

電話 072-682-6166 ･ FAX 072-682-6636