寄 附 金 申 込 書

日本赤十字豊田看護大学 学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**金　額　　　　　　　　　　円**

日本赤十字豊田看護大学の趣意に賛同し、上記金額の寄附を申し込みます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　（ふりがな）

　　　　　　　　　御 芳 名（法人様の場合は、代表者の役職・御芳名をご記入ください。）

　　　　　　　　　御団体名（個人様の場合は、ご記入不要です。）

　　　　　　　　　御住所　　〒

　　　　　　　　　電話番号

ご利用になる金融機関に ☑ を入れてください。

* （銀　　行）　三菱UFJ銀行　豊田支店　普通　4545333

　　（口 座 名）

* （信用金庫）　豊田信用金庫 朝日支店　普通 1020525

　　（口 座 名）

* （郵便振替）　 00840-8-68673

（口 座 名）

本学の広報物並びにホームページへ御芳名の掲載について　□許可する　□許可しない

　　　（ ☑ のない場合は、掲載を許可しないものとして扱います）

この申込書を郵送、FAX、メールのいずれかにてお送りください。

　〒471-8565　愛知県豊田市白山町七曲１２番３３

　　　　　　　学校法人　日本赤十字学園　日本赤十字豊田看護大学　事務局宛

　　　　　　　TEL　0565-36-5111　　FAX　0565-37-8558

 E-mail　soumu-ka@rctoyota.ac.jp