寄　付　申　込　書

日本赤十字豊田看護大学

学長　鎌 倉 や よ い　殿

|  |
| --- |
| 申込日　令和　　年　　月　　日 |
| 申　込　者 | 〒  住　　所 | 生年月日  Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日  ＴＥＬ  ＦＡＸ  Ｅ－ｍａｉｌ |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 申込金額 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 | |  |  |  |  |  |  |  |   振込先　郵便局　00840－8－68673  払込方法　1.一括払込　　令和　　年　　月予定  　　　　　2.分割払込　　　　　　　　　回　※分割払込の詳細は裏面にご記入ください。 | | |
| 勤務先名  役職名等　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ | | |
| 使途目的　下記のいずれかにレ点をつけて下さい。  □使途を特定しない  □使途を特定する　□施設・設備整備の充実のため  □その他 | | |
| ご芳名を本学ホームページ、学報等に掲載させていただく際、匿名を希望されるかレ点をつけて下さい。  □匿名希望しない　　□匿名希望する | | |
| 1～4の該当の番号を○で囲み、内容をご記入または□印にレ点を入れてください。   1. 同　窓（中退を含みます）   　専門学校　・　短期大学　　年　　　月　　卒業　（中退）  　大　　学　・　大学院   1. 在校生のご父母　　学生氏名　　　　　　　　　　　　学籍番号 2. 一　般　　本学とのご関係 3. 教職員（□現　□元）職　名   ※ご提供いただきました個人情報については、本学からの送付物等の発送に利用させていただくもので、それ以外の目的で使用することはありません。 | | |

　日本赤十字豊田看護大学事務局　経理課　ＴＥＬ0565-36-5111　ＦＡＸ0565-37-8558

分割払込予定

* + 分割払込みの2回目以降の払込用紙は後日送付いたします。
  + 太枠内のみご記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 回　数 | 払込予定年月 | 金　　　額 | | | | | | | 大学使用欄 | |
| 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |  |  |
| 第1回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第2回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第3回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第4回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第5回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第6回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第7回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第8回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第9回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 第10回 | 年　　月 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 計 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 通　信　欄 |