

学校法人 日本医科大学 千駄木地区再開発募金に係る連絡票

事務手続きを疎漏なく行うため、下記事項についてお伺いしたいと存じますので、お手数ですが寄付申込書と併にご返送下さいますようお願い申し上げます。

社 名	
連 絡 先	住 所 〒 _____ TEL _____ 担当者 職名 _____ ご氏名 _____ (受領書等送付先) 住 所 〒 _____ TEL _____ 職名 _____ ご氏名 _____ (上記連絡先と相違する場合のみご記入下さい)
決 算 月 日	_____ 月 _____ 日 お振込いただきます寄付金は、 <u>当法人より日本私立学校振興・共済事業団の口座に振込まれる日が受領日となります。</u> 当法人から日本私立学校振興・共済事業団への振込みに約2週間くらいの日数を要しますので、特に決算日近くには余裕をみてお振込くださいますようお願い申し上げます。
振 込 予 定 日	_____ 年 _____ 月 _____ 日

※注意事項

1. 分割のお取り扱いはできなくなりました。その都度申込・振込でお願いします。
2. 寄付金額は、1万円以上でお願いします。
3. 個人でのお申込は、お取り扱いできません。
4. 記載漏れ・印鑑漏れ等がないようお願いします。不備が生じた場合書類を返却いたしますので、当法人から私学事業団への振込ができなくなりますことをご了承願います。

【事務局記入欄】

受付日	入金日	発送日1	発送日2
振込日	受領日	送付書類	
		<input type="checkbox"/> お礼状 <input type="checkbox"/> 受領書 <input type="checkbox"/> 預り証 <input type="checkbox"/> (   )	

種別	金 額
指定寄付	
受付番号	区分
S	指定-