

「別紙1」

平成 年 月 日

国立大学法人
琉球大学長 殿

寄附者 郵便番号
住 所

氏 名 印
電話番号

(法人にあつては、法人名、職名及び氏名)

下記のとおり寄附します。

記

1. 寄 附 金 額 金 円
2. 寄附金の使途・目的 離島へき地病院実習プログラム事業への教育助成金として
3. 寄 附 の 条 件 特になし
4. 寄 附 金 の 名 称 琉球大学医学部寄附金
5. そ の 他

受付月日	実施責任者の印

振込書の送付先

〒
住 所
会 社
担 当
電話番号