

大阪健康福祉短期大学学生支援基金 寄付申込書

年 月 日

大阪健康福祉短期大学 学長 殿

寄付申込者

住所 〒 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

下記の通り、大阪健康福祉短期大学学生支援基金に寄付を申し込みます。

1. 寄付金申込金額 : 金 \_\_\_\_\_ 円也
2. 払込予定日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日
3. 寄付者氏名の掲載 :  氏名の掲載を希望しない  
※本学ホームページに寄付者氏名を掲載いたします（金額は掲載いたしません）。掲載を希望されない場合はチェックをしてください。
4. 生年月日 : \_\_\_\_\_ 年 月 日
5. 連絡先（お電話） : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_
- (Eメール) : \_\_\_\_\_
6. 属性 :  教職員 /  卒業生 /  保護者  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

ご提出いただいた個人情報は、大阪健康福祉短期大学学生支援基金に対する寄付業務に関する目的及び個人が特定されない学内資料作成にのみ使用いたします。