

年 月 日

寄付金申込書

大阪医科薬科大学女性医師の会
会長 様

寄付者
ご住所 (〒 -)

.....

.....

電 話 - -

ふりがな
氏 名

下記のとおり寄付します。

記

- 1 寄 付 金 額 円
- 2 氏名の公表 (いずれかに✓をご記入ください)
ご芳名のホームページ等への掲載
 承諾する 承諾しない

以上

ご送付先： 〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号
大阪医科薬科大学女性医師の会
事務局
電話 072-682-6166 ・ FAX 072-682-6636