

北海道大学病院長 殿

（寄附申込者）

郵便番号（〇〇〇-〇〇〇〇）

住所 北海道札幌市〇区〇条〇丁目〇-〇

氏名 〇〇 〇〇

（法人にあっては、名称及び代表者）

※『寄附金領収証書の宛名』は『寄附申込者』宛に発行されます。

下記のとおり寄附します。

記

- | | | | |
|----------------------|--|------------|---|
| 1 寄附金額 | 100,000 円 | ①寄附申込書の提出 | 寄附をしていただける方は、経営企画課予算経理係まで、寄附申込書を提出願います。 |
| 2 寄附の目的 | 医学研究のため | 約2週間程度 | |
| 3 寄附の条件 | なし | ②振込依頼書の受取 | 申込書到着後、2週間程度で、振込依頼書を送付いたします。 |
| 4 研究者又は対象の範囲 | 〇〇科 教授 北大 一郎 | ③寄附金のお振り込み | |
| 5 寄附金の名称（研究助成金の場合のみ） | | 約4週間程度 | |
| 6 寄附予定年月日 | （記載不要です） | ④領収書のお受け取り | 入金の確認後、4週間程度で領収書を送付いたします。 |
| 7 その他 | 本寄附金について、研究者が退職し、他の国立大学法人等の機関に採用された後、当初の寄附目的を達成するために必要である場合、当該機関へ移し換えることに同意し、その手続きについて国立大学法人北海道大学が行うことを承諾します。
<input checked="" type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない | | |

（振込依頼書送付先）

 寄附申込者に同じ 異なる場合

郵便番号（ - ）

住所

氏名

電話

8 寄附の経緯（※寄附者が地方公共団体からの場合に記入すること）

市立〇〇病院においては、△△分野における研究助成を行うことにより、病院の△△分野での治療の発展及び地域医療の充実に寄与するものとし、寄附するものである。

9 「企業等からの資金提供状況公表に関するガイドライン（※）」に基づく公表への同意

（個人の方は記載不要です。公表に同意いただいた場合は、診療科単位で1年度分集計し、企業等名、合計件数及び合計金額を本院ウェブサイト上で公表させていただきます。）

 同意します 同意しません※詳細は「<https://www.huhp.hokudai.ac.jp/date/shikin/>」をご参照下さい。