

寄附金申込書

年 月 日

国立大学法人鹿児島大学

大学院医歯学総合研究科長 殿

寄附者
(住所) 〒 _____

(氏名)



下記のとおり寄附します。

記

- 1 寄附金額 金 _____ 円
- 2 寄附目的 医歯学総合研究科教育研究助成のため
- 3 寄附の条件 なし
- 4 寄附の名称 医歯学総合研究科奨学寄附金
- 5 寄附受入先 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科
耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野
- 6 その他 寄附金の一部を寄附目的達成のための管理運営経費等に使用することに承諾いたします。

→裏面もご確認ください

7 確認事項（4点ございます。必ずご確認ください。）

- ①【 】 助成事業に応募があった教職員への寄附金である場合は○をご記入ください。
（○の場合は、概要の分かる資料(助成金決定通知の写し等)を添付してください。）
- ②【 】 日本製薬工業協会等の透明性ガイドラインに基づくものについては○をご記入ください。

※企業等（個人は除く）からの寄附の場合は次をご確認ください。

- ③【 】 企業等からの資金提供状況に係る透明性の確保を目的とした「企業等からの資金提供状況の公表に関するガイドライン」（国立大学附属病院長会議策定）に基づき、本学のホームページに企業等名、合計件数及び合計金額を記載することについてご承諾いただけない場合は○をご記入ください。

※鹿児島県在住で個人での寄附の場合は次をご確認ください。

- ④【 】 寄附者名簿（氏名・住所・寄附金額・寄附年月日）を居住する市町村の税担当課に提出することについて、ご承諾いただけない場合は○をご記入ください。

※受け入れた寄附金について、開示請求があった場合は、開示請求者に対し、独立行政法人等の保有する情報の公開に関する法律に則り寄附金情報（寄附者名、寄附金額、受入講座名、受入年月日）を開示することとなっていますので、ご了承ください。なお、個人寄附者の氏名については、個人情報保護のため開示いたしません。（ただし、上記の確認に関する件については例外とします）

なお、いただいた個人情報は本学の寄附金業務にのみ使用させていただきます。

事務手続き連絡先

（住所） 〒 —

（担当者名）

（電話番号）

（メールアドレス）
