

令和 年 月 日

大阪大学総長殿

寄附者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(法人にあつては、法人名及び職・氏名)

貴大学の奨学のため、下記のとおり寄附します。

記

- 1 寄附金額 円
- 2 寄附の目的 医学部附属病院の運営及び教育研究の充実発展のため
- 3 寄附の条件 なし
- 4 寄附金の名称 阪大病院医学研究奨学金
- 5 その他

「阪大病院医学研究奨学金」へご寄附いただける方につきましては、ご氏名の公表について、承諾される場合は「可」に○を、承諾されない場合は「否」に○をお願いいたします。

- ・ ホームページへの掲載 可 ・ 否
- ・ 「寄附者のご芳名プレート」の院内掲示 可 ・ 否
(累計 50 万以上のご寄附をいただいた方)