

奨学研究寄付金申込書

申込み日をご記入ください。

20××年×月×日

学校法人森ノ宮医療学園
理事長 殿

押印をお願いします。

寄付者の住所・氏名をご記入ください。企業等の場合、社名についてもご記入ください。

住所： 大阪府大阪市住之江区×××-×-×
社名： 株式会社××××
代表者名： 森ノ宮 太郎
(または個人名)



下記のとおり寄付を申し込みます。

寄付金の種類を選択してください。

記

寄付金の額	金	1,000,000	円
寄付金の種類	<input type="checkbox"/> 一般奨学研究寄付金	<input checked="" type="checkbox"/> 使途特定奨学研究寄付金	<input type="checkbox"/> 募集特定奨学研究寄付金
寄付金の目的	○一般奨学研究寄付金の場合 ①MINCL が進める研究テーマの研究推進、②MINCL における研究環境整備、③MINCL における研究成果の社会還元に向けた取組、④若手研究者等育成に向けた取組等のために使用します。		
	○使途特定奨学研究寄付金の場合 以下に使途を明記してください。 例①) ○○学部××学科△△教授による・・・に関する研究促進 例②) MINCL △△研究チーム ××××教授による○○○○に関する研究促進 MINCL 運動療法エビデンス研究チームの○○教授の××に関する研究への寄付		
	○募集特定奨学研究寄付金の場合 以下に支援したい募集事業を明記してください。		
連絡先	住所	大阪府大阪市住之江区×××-×-×	
	所属部署等	○○部	電話番号 ××-××××-××××
	氏名	学園 花子	E-mail ××××@××××××
領収書宛名	株式会社××××		
特記事項			

研究者名やチーム名、研究テーマ等をご記入ください。

大変お手数ですが、必要事項をご記入の上、下記まで郵送ください。
〒559-8611 大阪府大阪市住之江区南港北 1-26-16 森ノ宮医療大学 MINCL 寄付金担当

総務課処理	学長承認	受入教員確認	受付