（第１号様式）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | 寄附№ | |  |
| 寄　　附　　申　　出　　書  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　年　　月　　日  公立大学法人 奈良県立医科大学 理事長 殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　寄附者  　　　 住　所（〒　　　　）  　　　氏　名　　　　　　　　 印  （法人等の団体の場合、「住所」欄は主たる事務所の所在地を、「氏名」欄は法人（団体）名及び代表者の方の 職名・氏名を記載してください。）  　下記のとおり寄附を申し出ます。    記  　１　寄附金額　　金　　　　　　　　　円  　２　寄附の目的（いずれかに□を記載願います。）  ☑ 奈良県立医科大学の（口腔外科学）研究領域の学術研究の奨励のため  □ 公立大学法人奈良県立医科大学未来への飛躍基金の充実のため  □ 公立大学法人奈良県立医科大学連携交流推進基金の充実のため  □ その他（上記３項目に該当しない場合、具体的な目的を（　）欄に記載願います。）　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　３　寄附に係る条件（寄附に特別な条件＜複数回に分割して寄附を行う、小切手により寄附を行う、使用期限を定める等＞を付す場合のみ記載願います。）  ※　次のような条件を付した寄附金の受入は、特別な事情がない限りお受けできません。  　（１）寄附金により取得した財産を無償で寄附者に譲与すること（２）学術研究の結果生じた権利（特許権、 実用新案権、意匠権、著作権その他これらに準ずる権利）を寄附者に無償で譲与または使用させること  （３）寄附者が寄附金の使途について調査を行うこと（４）寄附申込後、寄附者がその意思により寄附金の 全部又は一部を取り消すことができること（５）その他、理事長が特に教育研究上支障があると認める条件  　４　寄附金受入決定通知書の送付先    住　所（〒　　　　）    氏　名　　　　　　　 　電話番号  　５　その他 | | | | | |
| 講　　 座  （領域）名 | 口腔外科学 | 講座（領域）  の長の氏名 | | 桐田　忠昭　　　印 | |