

寄 附 申 込 書

平成 年 月 日

山形大学医学部教育研究診療支援基金 殿

住 所

名 称

代表者名

印

電話番号

(担当者名)

下記のとおり寄附します。

記

1 寄附金額 \_\_\_\_\_ 円

2 寄附目的及び用途

本学部における教育支援、教育環境の整備充実、先端研究の推進、先進的な医療や高度医療の推進、療養環境の改善、医療人の育成等の活動支援のために使用する。

3 寄附金の名称

次世代型医療用重粒子線照射装置研究開発事業

4 その他

寄附金納入予定の時期 平成 年 月 頃

分割納入の有無 有 ・ 無

寄附申込書を頂いた方には振込用紙をお送りさせていただきます。

※お問い合わせ先：国立大学法人山形大学 医学部

次世代型重粒子線治療装置研究開発室

住所：〒990-9585 山形県山形市飯田西二丁目2番2号

電話：023-628-5404

FAX：023-628-5044