

# 寄附金申込書

令和 年 月 日

国立大学法人熊本大学長 殿

郵便番号  
寄附者住所

会社名

代表者名

印

下記のとおり寄附します。

## 記

- 寄附金額 ￥ 円
- 寄附の目的 研究助成のため
- 寄附金の名称 大学病院寄附金
- 寄附の条件

(チェック欄) 以下の事項に同意し、寄附します。

本寄附金の使用により得られた研究成果(学術的知見及び知的財産権)は、  
国立大学法人熊本大学にのみ帰属すること。

## 5. その他

寄附金の一部を国立大学法人熊本大学の発展充実の観点から、必要な使途に使用することに同意します。

企業等(個人は除く)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名、合計件数および合計金額を記載することについて、にレ印を付して下さい。

同意する  同意しない

連絡先(請求書送付先)

郵便番号

電話番号

住所

会社名

担当者名

診療科名

責任者名

印

プロジェクトコード

( ) ・新規作成を依頼(紐付けID )