（第１号様式）

記載例

寄附No.

寄　附　申　出　書

① 年月日

XXXX 年 X 月 X 日

公立大学法人 奈良県立医科大学 理事長 殿

② 寄附していただける方の住所とご氏名

寄附者
住　所（〒XXX-XXX　）
氏　名　XXXX　XXXXXX　　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。

③ 寄付金額

１　寄 附 金 額　　金　XXXXXXXXX　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（感染症内科学講座）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

④ 当方で寄付金の受け入れが決定した際の通知書の送付先をご記載ください

４　寄附金受入決定通知書の送付先

住　所（〒 XXX-XXXX　）　　所 属 名 XXXXXX

氏　名　XXXXXX　　電話番号 XXXXXXX

５　その他

講　座（領域）名	感染症内科学講座	講座（領域）の長の氏名	笠原　敬　　印

上記①～④をご記載後 、
〒634-8521　奈良県橿原市四条町 840 番地
奈良県立医科大学 研究推進課 産学連携推進係
へご郵送をお願いします。