

学園創立100周年特別寄付 申込書

FAX:011-736-5230

※番号はお間違えのないようお確かめください。
※送信面の表裏をお間違えのないようご注意ください。

学校法人 藤天使学園

理事長 殿

年 月 日

〈寄付申込者〉

お名前 _____
(法人の場合 法人名・代表者名)
〒

ご住所 _____

電話番号等 _____

メールアドレス _____

下記のとおり寄付をいたします。

①寄付申込金額 _____ 円(_____ 口)

②払込方法(該当するものに○印をお願いします)

- 1 郵便局・銀行振込(北洋銀行・北海道銀行・三菱UFJ銀行)
- 2 現金書留
- 3 現金持参
- 4 クレジットカード

③寄付申込者の本学とのご関係(該当するものに○印をお願いします)

- 1 保護者(学生氏名 _____ 学科 _____ 年在学)
- 2 教職員・役員等
- 3 卒業生(大学・短期大学・専門学校 _____ 科 _____ 年 _____ 月卒業)
- 4 旧教職員・旧役員等
- 5 その他(_____)

④ご芳名の大学広報誌及び Web 芳名録への掲載について

1. 広報藤 承諾しない
2. Web 芳名録 承諾しない

(承諾されない場合のみチェックを付けてください)

以下 事務処理欄

| | | | | | |
|----------|--|----|--|----|--|
| 受付 番号 | | 照合 | | 発送 | |
|----------|--|----|--|----|--|