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

１．寄附金額 ￥　　　　　　　　　　円

２．寄附の目的　　　　研究助成のため

 ３．寄附金の名称　　　　大学病院寄附金

４．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　　　　　　　）