

平成 年 月 日

特定非営利活動法人
臨床研究・教育支援センター
代表理事 佐古田 三郎殿

寄付者 〒

住 所（所在地）

氏名

（法人にあつては、法人名及び職・氏名）

特定非営利活動法人 臨床研究教育支援センターの活動及び趣旨に賛同し、下記の通り寄附します。

記

1. 寄附金額

金 円也

2. 寄附金の名称

（ ）部門 （ ）研究会助成の為。

3. 払込み予定時期

年 月 日頃

4. 連絡先

担当者 住 所
会社名及び所属名
担 当 者 氏 名
電 話 番 号
E-mail Address