



公立大学法人愛媛県立医療技術大学基金 (EPU愛顔(えがお)基金) 寄附申出書

公立大学法人愛媛県立医療技術大学
学 長 様

公立大学法人愛媛県立医療技術大学基金(EPU愛顔(えがお)基金)への寄附を
申し出ます。

寄 附 申 出 者	ご住所	〒	
	ふりがな 氏名		
	電話番号		
	メールアドレス		
	FAX番号		
寄附金額			
公表について 希望の選択肢に <input type="checkbox"/> レ してください	氏名	<input type="checkbox"/> 承諾します	<input type="checkbox"/> 承諾しません
	寄附金額	<input type="checkbox"/> 承諾します	<input type="checkbox"/> 承諾しません
特定の用途の希望がある場合、 その用途			

※ いただきました住所、氏名等の情報につきましては、寄附金の手続きや寄附金
に係るお知らせ以外には使用いたしません。

【 お問合せ先 】

〒791-2101 公立大学法人愛媛県立医療技術大学
事務局 経営企画グループ
電話:089-958-2111 FAX:089-958-2177
Eメール:iryodai@epu.ac.jp



こちらを入力して、Eメール添付またはFAXでご送付ください。