

# 東薬会奨学金基金 申込書

募金の目的である、東京薬科大学東薬会奨学金基金の補完に充てるために、下記のとおり申し込みます

年 月 日

東京薬科大学東薬会

会長 小木 眞如 殿

基金申込者住所 〒 .....

連絡先 TEL .....

email: .....

個人名・グループ名・法人および会社名

..... 印

代表者名(グループ・法人および会社の場合)

..... 印

卒業回数(卒業生の場合) ..... 専門・大学 ..... 回卒業 (薬学部・生命科学部)

1. 基金の申込金額 金 円

2. 基金の払込期日 年 月 日

\* ご協力いただいた方のご芳名を会報に掲載させていただきますが、掲載を希望されない場合には下記へ、レ印をお願い致します

会報への掲載を希望しない

※この申込書は大学の130周年記念奨学金募金の申込書ではありません。

申込先をご確認の上、お申込みください。

FAX 送信先:042-675-8964(東薬会事務所)

東京薬科大学東薬会