

ご寄付お申し込みフォーム(脊椎内視鏡手術の技術を次世代へ継承したい | 育成体制の構築にご寄付を)

■申込者情報

(カナ)	セイ		メイ	
氏名	姓		名	
郵便番号	〒			
住所				
電話番号			メール アドレス	
寄附金額収証明書について	愛媛大学からの寄附金額収証明書発行のご希望の有無をお聞かせください。 希望する / 希望しない		掲載希望	(5千円・1万円の方)愛媛大学整形外科HPへ掲載するお名前をご記入ください。 (3万円以上の方)愛媛大学整形外科HP/ご芳名板へ掲載するお名前をご記入ください。 希望する「掲載名: _____」 / 希望しない
ご寄付いただく金額	※ご希望のコースに○をつけてください。 5,000円 / 10,000円 / 30,000円 / 50,000円 100,000円 / 300,000円 / 500,000円 / 1,000,000円		口数	口 ご寄付金額 _____ 円 上記金額にクラウドファンディングのシステム利用料(220円/税込)を追加した金額が、お振り込みいただく金額となります。

■ご返金先 ※万が一プロジェクトが目標金額に到達しない場合などにはご返金となります。その際の返金用口座をご記入ください。

金融機関		口座番号	
支店名・口座種別		口座名義(カナ)	

【注意事項】

- ・お申し込みフォームをご提出いただいた方のみ、振り込み先の口座情報をお知らせいたします。記入漏れがある場合、ご寄付を反映できないため全項目の記入をお願いいたします。
- ・上記にご記載いただいた情報に誤りがある場合、寄附金額収証明書の発行ができませんので、正確な情報をご記入ください。
- ・法人名義でご寄付いただく場合は、氏名記載欄には法人名と法人格に分けてご記入ください。例) 姓: READYFOR 名: 株式会社
- ・楷書で正しく、きれいに記入してください。