

学校法人星美学園 寄付申込書
(短期大学)

学校法人星美学園 サレジアン募金の趣旨に賛同し、下記のとおり寄付します。

フリガナ			
氏名 (法人名)			
住 所 (領収書発送先)	〒		
電話番号			
寄付金額	口	金	円 (1口千円)
寄付金の使用目的 (※ 該当する項目に チェックをお願いし ます。)	校 名	使用目的	口数
	星美学園短期大学	<input type="checkbox"/> 一般的寄付	口
		<input type="checkbox"/> 学生の修学支援	口
		<input type="checkbox"/> 日伊総合研究所研究員・客員研究員の 研究支援	口
本学との関係 (個人の方)	<input type="checkbox"/> 生徒等・ご家族	生徒名 _____ 学校名 _____	年 組
	<input type="checkbox"/> 卒業生のご家族	<input type="checkbox"/> 卒業生 _____	学校 _____ 年卒
	<input type="checkbox"/> 現・旧職員	<input type="checkbox"/> 一般の有志の方	
本学との関係 (法人の方)	ご担当者部署 _____ 氏名 _____ ご連絡先 _____		
氏名等の公表	<input type="checkbox"/> 「氏名または法人」の掲載を希望しない。		
	<input type="checkbox"/> 「金額」の掲載を希望しない。 ※ホームページ等への掲載を希望されない場合のみチェック願います。		
振込方法	<input type="checkbox"/> 銀行の口座への振込みを希望する。		
	<input type="checkbox"/> 学園内窓口での支払いを希望する。		
備 考 (通信欄)			

すべてに記入いただき、下記の送付先あてに、郵送、FAXまたはメールにてお申し込みください。

※ ご寄付をいただいた方の個人情報につきましては情報の管理に十分配慮いたします。
また当該目的以外には使用いたしません。

送付先 学校法人星美学園「サレジアン募金」担当 〒115-8524 東京都北区赤羽台4-2-14 FAX : 03-3906-0096
--