

研究支援寄付金申込書

年 月 日

公益財団法人東京都医学総合研究所

理事長 殿

住 所

社 名

役職名

氏 名

印

※個人でお申し込みの場合は、住所と氏名のみを御記入下さい

下記により寄付を申し込みます。

記

1 寄付金額

2 寄付目的

3 寄付条件

なし

4 その他