

記入日： 年 月 日

札幌大谷学園文化・体育振興協賛金申込書

FAX 宛先 011-742-1654

下記のとおり寄付を申し込みます。

学校法人 札幌大谷学園 理事長 様

申込者住所 〒 -

電話 () -

申込者名称

または氏名

(法人・団体様は、社名、代表者職・氏名をご記入ください。)

※該当される方は、○印を付しご記入ください。

卒業生様 (大学・短大・高校・中学・幼稚園： 年卒 学部・学科・コース)

在学生保護者様 (大学・短大・高校・中学・幼稚園：在学生氏名)

教職員・旧教職員様 (法人・大学・短大・高校・中学・幼稚園：教員・職員)

1. 法人・個人の別	
2. 寄付金の額	金 円
3. 寄付金払込期日	年 月 日
4. おなまえの掲載	<input type="checkbox"/> 掲載 <input type="checkbox"/> 掲載を希望しない