

奨学寄附金申込書

年 月 日

(申込先)

横浜市立脳卒中・神経脊椎センター病院長

寄付者

所在地(〒 -)

名称

(法人にあつては、法人名義及び職・氏名)

代表者

印

電話

金 _____ 円

上記金額を横浜市立脳卒中・神経脊椎センターへの奨学寄附金として、次のとおり寄附の申込をします。

1. 寄附の目的 (研究題目)	
2. 研究担当職員 (所属・職・氏名)	
3. 寄附の条件	

※寄付のお申し込みに際しての横浜市立脳卒中・神経脊椎センターからの注意事項

- (1)寄付金額の10%相当額を当センターの間接経費として控除し、研究推進のために役立てます。
- (2)本奨学寄附金による研究成果は、原則として公表できるものとします。
- (3)本奨学寄附金については情報公開の請求があつた場合、寄附者(個人名を除く)の名称・研究担当職員・金額を開示します。