후원회원 가입 약정서

후원자		가족관계		
성명 (기업명)		성명	주민등록번호	후원자와의 관계
주민등록(사업자)번호				
생년월일				
희망사용처	☐ 후원회 운영위원회 일임 ☐ 교육환경개선 ☐ 진료환경개선 ☐ 사회소외계층 ☐ 연락기금 ☐ 기타목적 희망하시는 사용처에 "V" 표기하여 주시기 바랍니다.			
기부동기		언론공개 ☐ Yes ☐ No		
자택 주소	우 :			
자택 연락처	전화	휴대폰	이메일	
직장 회사명		소속부서	직위	업종
직장 주소	우 :			
직장 연락처	전화	팩스		
서울대학교치과병원과의 관계	☐ 동문 ☐ 학부모 ☐ 교직원 ☐ 환자 ☐ 기타			
내원유무	☐ 외래 ☐ 입원 ☐ 없음 (진료과 : 선택진료교수 :)			

후원금액

후원금액	일금 원	
방법 납부방법	☐ 일시납	☐ 자유납 (개월 :) ☐ 약정후 분납 (매월 원 개월) ☐ 기타
입금방식	☐ 무통장입금	☐ 자동이체 ☐ 기타 (직접납부 등)

본인은 위 사항과 같이 서울대학교치과병원 발전후원회 사업에 동참할 것을 약속하며
이에 귀회의 회원이 되고자 합니다.

년 월 일

후원자 : (인)

서울대학교치과병원 발전후원회장 귀하