（様式第１号）

 　年　　月　　日

国立大学法人富山大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

寄附者の住所

寄附者の

下記のとおり寄附します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 寄附の金額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 寄附の目的 | 富山大学ダイバーシティ推進センターの運営に係る助成 |
| 寄附の条件 | --- |
| 寄附の名称 | --- |
| 寄附の種別 | ☑ 寄附金 |
| □ 研究助成金 （関係書類添付）使用期限　□ 無　　□ 有（　　 　年　 　月 　　日まで）※ 研究助成財団等が行う公募等に応募し，審査を経て採択されるもの。寄附の目的が研究助成金であっても，応募，申請及び審査の形を経ないものは寄附金としてお申込みください。 |
| 寄附の移管 | --- |
| その他 | 担当者連絡先：郵便番号・住所担当部署，担当係名　担当者名　電話番号　メール　　 |

○**（医学部及び附属病院へ法人・団体として申込みの場合）**「企業等からの資金提供状況の

公表に関するガイドライン」（国立大学附属病院長会議）に基づき，本学ＨＰにおいて，

診療科（医学部の診療科に相当する講座を含む。）毎に寄附者名・寄附金額及び件数を

公表することに

　　　□**同意します**　　**（同意いただける場合のみチェックをご記入ください。）**

【寄附金のお申し込みに関する留意事項】

1. 注意事項

　　次の条件がある寄附金は受入れることができませんので，ご注意願います。

　　（１）寄附金により取得した財産を無償で寄附者に譲与すること。

（２）寄附金による学術研究の結果得られた特許権，実用新案権，意匠権，商標権及び著作権その他これらに準ずる権利を寄附者に譲渡し，また使用させること。

（３）寄附金の使用について，寄附者が会計検査を行うこととされていること。

（４）寄附申込後，寄附者がその意思により寄附金の全部又は一部を取り消すことができきること。

（５）その他学長が特に教育研究上支障があると認める条件。

（６）寄附金を受入れることによって財政負担が伴うもの。

1. 税制上の優遇措置

国立大学法人に対する寄附は，法人税法及び所得税法による税制上の優遇措置があります。

1. 寄附者が法人：全額損金算入可能です。（一般の寄附金に係る損金参入限度額とは別枠です。）
2. 寄附者が個人：2千円を超える部分について当該年中の総所得の40％を限度に当該年中の所得から控除可能です。さらに，寄附された翌年の1月1日に富山県内に在住の方は，住民税の寄附金税額控除を受けることができます。
3. その他
4. 寄附金額の5％は，大学全体の教育研究支援等経費として利用させて戴きます。

（２）研究助成金の場合は次の関係書類を添付願います。

①採択通知書（写し）

②申請書（写し）

③公募要領又は助成条件が記載されている書類

【附属病院への寄附をご希望の方へ】

　平成30年5月16日付の附属病院長裁定により，附属病院の教員は，所属変更が多く，手続きが煩雑となるため，個人の教員ではなく，所属の診療科等にて寄附金を受け入れ，管理することとなりました。附属病院における教育，研究を援助することを目的とした寄附金の受入れは，**附属病院，診療科，医学部講座等，組織を宛先**としていただきますようお願いします。

（※助成事業を除く。）

（様式第１号）　　　　　　　　　　　**＜記入例＞**

　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

国立大学法人富山大学長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒○○○-○○○○

寄附者の住所　　○○県○○市○○町○○番地

　　　　　　　　　　　　　　　寄附者の　○○○株式会社

　　　　代表取締役　○○○○

　（法人の場合は，法人名及び職・氏名を記入してください。押印不要。）

下記のとおり寄附します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 寄附の金額 | 金　　　　　　　　　　円 |
| 寄附の目的 | 富山大学ダイバーシティ推進センターの運営に係る助成 |
| 寄附の条件 | ---　※記入の必要はありません。 |
| 寄附の名称 | ---　※記入の必要はありません。 |
| 寄附の種別（該当する□に✓してください。） | ☑ 寄附金 |
| □ 研究助成金 （関係書類添付）使用期限　□ 無　　□ 有（　　 　年　 　月 　　日まで）※ 研究助成財団等が行う公募等に応募し，審査を経て採択されるもの。寄附の目的が研究助成金であっても，応募，申請及び審査の形を経ないものは寄附金としてお申込みください。 |
| 寄附の移管 | ---　※記入の必要はありません。 |
| その他 | 担当者連絡先：郵便番号・住所担当部署，担当係名　担当者名　電話番号　メール　　 |

○**（医学部及び附属病院へ法人・団体として申込みの場合）**「企業等からの資金提供状況の

公表に関するガイドライン」（国立大学附属病院長会議）に基づき，本学ＨＰにおいて，

診療科（医学部の診療科に相当する講座を含む。）毎に寄附者名・寄附金額及び件数を

公表することに

　　　□**同意します**　　**（同意いただける場合のみチェックをご記入ください。）**

※記入の必要はありません。