기부 약정서

①기부자(기부금 단체)

성명(단체명) 주민등록번호

(사업자등록번호)

주소(소재지)

②희망사용처 (원하시는 곳에 ✔ 표 해주시기 바랍니다.)

- [] 재단법인의 목적 사업 전체
- [] 미래의학생명과학 국제교류
- [] 연구 개발 지원
- [] 연구자 창업 지원
- [] 의학생명과학 아카데미
- [] 기타유관분야 부대사업

③기부내용

구분	내 용			금 액
	품명	수량	단가	

위 사항과 같이 재단법인 미래의학연구재단의 공익적 목적 사업에 동참할 것을 약속드립니다.

년 월 일

성명(단체명) (인)

재단법인 미래의학연구재단 이사장 귀하

·전화 02-2072-2226 ·팩스 02-766-8904 ·이메일 <u>support@medicalinnovation.or.kr</u>

·홈페이지: www.medicalinnovation.or.kr

·주소: 03080 서울시 종로구 대학로 101 (연건동 28) 재단법인 미래의학연구재단 사무국