



國立陽明交通大學牙醫學院捐款人資料

捐款人資料

姓名 / 機構名稱		身分證字號/ 統一編號	
聯絡電話	()	行動電話	
通訊地址	□□□		
電子信箱			
身 分	☐ 陽明大學校友____系/所, 民國____年畢業 ☐ 大學部 ☐ 碩士班 ☐ 博士班 ☐ 教職員工 ☐ 學生家長 ☐ 社會人士 ☐ 企業團體 ☐ 其他		
指定用途	指定捐款給陽明交通大學牙醫學院		
捐款日期	民國__年__月__日	捐款金額	新台幣_____元整
抵稅證明 資料	抬頭名稱: ☐ 同姓名 ☐ 機構名稱 ☐ 其他抬頭名稱: _____ 寄送地址: ☐ 同通訊地址 ☐ 其他寄送地址: _____		

* 填妥「ATM捐款人資料」後, 請傳真(02-2826-4053)或Email(cod.ym@nycu.edu.tw), 以便寄發抵稅證明。

* 若欲指定捐款給本學院各系所專款專用, 請於「指定用途」後面說明。

* 相關問題可來電: (02) 2821-2943