

送信日：2013年 月 日

受付番号*

*事務局使用欄

日本薬剤学会永井財団大学院学生スカラシップ申請書

注) 対象は、大学院学生で指導教員の推薦が必要となります。

以下の①～③の事項にご記入のうえ、**2013年3月11日(月)までに**

第28年会事務局宛に**FAX (0545-32-0397)** してください。

①助成申請者分類

※該当事項に○をご記入ください。

発表者自身	連名発表者	その他

②助成申請者名・連絡先

申込者名

ローマ字表記 Mr., Ms. (first name) (family name)

所属(和文)

所属(英文)

〒

TEL:

FAX:

E-mail:

第28年会の登録番号

(先に参加登録をお済ませください)

第28年会の演題受付番号

(先に演題登録をお済ませください)

③指導教員の推薦理由

指導教員名・所属

指導教員名

印

所 属

書類の送付先:

日本薬剤学会第28年会事務局

〒417-8650 静岡県富士市大野新田332-1

興和株式会社 富士研究所

(電話) 0545-33-1716 (FAX) 0545-32-0397

(E-mail) yakuzai28@kowa.co.jp