

(様式第7号)

新・佐賀県薬剤師会「薬剤師奨学金制度」

マッチングセミナー 参加申込書

令和 年 月 日記入

エントリーシート提出済

↑ 提出済の場合は□欄にレ印を記入し、以下は「氏名」、「携帯電話等」のみ記入してください。

フリガナ				
氏名		平成 年 月 日生		
		男 ・ 女		才
現住所	(〒 -)			
帰省先	(〒 -)			
携帯電話等				
E-mail				
大学名	大学	学部	年生	
大学院名	大学大学院	年生		
卒業高校名	高校	平成	年卒業	
その他 (聞きたいことがあればご記入ください)				

※ 申込み期限 8月1日から開催日当日まで

申込み先 一般社団法人佐賀県薬剤師会



〒840-0027 佐賀市本庄町大字本庄 1269-1

FAX 0952-23-8941

e-mail info@sagayaku.or.jp

※ この申込書は、新・佐賀県薬剤師会薬剤師奨学金制度実施要領に規定する目的以外には使用しません。