（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 |  | 平成　　 年　 　月　　 日生男　・　女　　　　　　才 |
| 氏　名 |  |
| 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。