**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**

平成　　　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 |
| 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） |

**申込み先**

**申込み期限　12月25日（日）まで**

**FAX送信先**

**一般社団法人佐賀県薬剤師会**

**FAX　 0952-23-8941**

**e-mail　info@sagayaku.or.jp**

