

演題番号* _____

受付番号* _____

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、**2014年3月10日(月)まで(当日消印有効)**に第29年会事務局宛に郵送ください。

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29年会の登録番号

(先に参加登録をお済ませください)

第29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29年会事務局

〒350-0295 埼玉県坂戸市けやき台1-1

城西大学薬学部 薬粧品動態制御学研究室

Tel : 049-271-7367 Fax : 049-271-8137

E-mail : apstj29@josai.ac.jp