

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、**2019年3月1日(金)まで(当日消印有効)**に第34年会運営準備室宛に郵送ください。

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34年会の登録番号

(先に参加登録をお済ませください)

第34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34年会 運営準備室

株式会社近畿日本ツーリスト北海道 北海道DM支店 MICEセンター

〒060-0003 札幌市中央区北3条西2丁目 日通札幌ビル6F

Tel: 011-280-8855 Fax: 011-221-5491

E-mail: s-convention-1@or.knt-h.co.jp