

演題番号 * _____

受付番号 * _____

日本薬剤学会永井財団学部学生七つ星薬師奨励賞申請書

注) 対象は、学部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、**2024年3月18日(月)までに**
運営事務局 (apstj39@procom-i.jp) までメールにてお送りください。

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39年会の登録番号 (先に参加登録をお済ませください)

第39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

問い合わせ先

日本薬剤学会第39年会 運営事務局

株式会社プロコムインターナショナル

〒135-0063 東京都江東区有明3-6-11 TFTビル東館9階

TEL : 03-5520-8821 E-mail : apstj39@procom-i.jp