

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、**2025年3月7日(金)までに**

申請登録フォームよりご投稿ください。

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40年会の登録番号

(先に参加登録をお済ませください)

第40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40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 : apstj40@procom-i.co.jp