

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、**2021年3月8日(月)まで(当日消印有効)**に第36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36年会の登録番号

(先に参加登録をお済ませください)

第36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36年会 運営準備室

株式会社MONS

〒003-0002 札幌市白石区東札幌2条5丁目7-1 Maison25 203号

Tel: 011-824-8805 Fax: 011-826-4556

E-mail: convention@mons-sapporo.co.jp