

**佐賀県薬剤師会「薬剤師奨学金制度」**  
**マッチングセミナー 参加申込書**

平成 年 月 日記入

エントリーシート提出済

↑ 提出済の場合は□欄にレ印を記入し、以下は「氏名」、「携帯電話等」のみ記入してください

フリガナ		平成	年	月	日生
氏名		男	・	女	才
現住所	(〒 - )				
帰省先	(〒 - )				
携帯電話等					
E-mail					
大学名	大学	学部	年生		
卒業高校名	高校	平成	年卒業		
その他（聞きたいことがあればご記入ください）					

申込み期限 8月1日～11月23日まで（当日受付も可能です）

申込み先



一般社団法人佐賀県薬剤師会

〒840-0027 佐賀市本庄町本庄 1269-1

FAX 0952-23-8941

e-mail info@sagayaku.or.jp