FAX 送信先：025-227-0802（新潟大学医歯学総合病院薬剤部）

新潟大学医歯学総合病院薬剤部見学会
参　加　申　込　書

ふりがな
氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

性別：　　男　・　女　（○で囲んで下さい）

大学名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成　　年　　月　　卒業予定　・　卒業　（○で囲んで下さい）

薬剤師免許：平成　　年　　月　　取得予定　・　取得　（○で囲んで下さい）

連絡先：電話番号　＿＿＿＿―＿＿＿＿―＿＿＿＿

E-mail　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿