

令和7年2月吉日

① FAXでの申込み 申込締切3月20日(木・祝)

下の参加申込票に記載の上、次のFAX番号宛お送りください。

FAX 052-837-0545 名城大学薬学部内 名城大学薬学部同窓会 宛

日本薬学会 in 福岡 名城大学薬学部同窓会懇親会 参加申込票

氏名	(卒業年 または 回生)
緊急連絡先(携帯番号)	
Emailアドレス又はFAX番号	
同行者氏名	(卒業年 または 回生)
通信欄	

※準備の都合上、参加確実の方は早めにお申込みいただきますようよろしくお願いいたします。
参加申込みに際し提供いただいた個人情報は、今回の懇親会の開催運営のため及び今後の名城大学薬学部同窓会が主催する行事のご案内に使用させていただきます。

【日本薬学会 in 福岡 名城大学薬学部同窓会懇親会に関するお問い合わせ窓口】

toshi.hotta6611@gmail.com 名城大学薬学部同窓会副会長(組織強化委員会担当)堀田敏之