|  |  |
| --- | --- |
| 受付番号 | N－ |

長井記念薬学研究奨励支援事業　2024年度採用分

募集要項を熟読し、趣旨と理念を理解した上でチェック☑して下さい

□　長井記念薬学研究奨励支援事業の趣旨と理念を十分理解しました

※チェックに不備がある場合、審査対象から外れることがあります。

申請内容に相違ないことを証明し、採用された際は募集要項に記載された事項を遵守します。

　　　　年　　月　　日

申 請 者 氏名　　　　　　　　　　　　（自署）

指導教員 氏名　　　　　　　　　　　　（自署）

※指導教員が変更となる場合には、指導教員から直接文書にて日本薬学会事務局へ連絡頂きますよう、お願い致します。