

年 月 日

公益社団法人 日本薬学会  
会 頭 佐々木 茂貴 殿

採用番号 N-.....  
日本薬学会会員No.....  
所属・年次.....  
連絡先.....  
E-mail (4月以降) .....

採用者氏名 (自署) \_\_\_\_\_

所属.....  
連絡先.....  
E-mail (4月以降) .....

指導教員\*氏名 (自署) \_\_\_\_\_

## 長井記念薬学研究奨励支援事業 返還免除資格申請書

本学採用者の長井記念薬学研究奨励金につき、返還免除資格を申請します。

※指導教員には、採用者のご連絡が取れなくなった際にお問合せをさせていただくこととなりますのでご了承下さい。