懇親とネットワーキングの集いー2026大阪―

参加予約フォーム

Google Formが利用できない場合の参加予約フォームです。必要をご記入のうえ、下記のいずれかの方法でお申込みください。

・このフォームにご記入のうえ、学友会事務局[shizuyak@u-shizuoka-ken.ac.jp](file:///C:\Users\shizuyaku\OneDrive\ドキュメント\関東地区イベント@横浜%202024\静薬学友会および関西地区では、)あてメール添付で送信。

・このフォームにご記入のうえ、学友会事務局　054-265-8769　あてFAX。

メールアドレス

１．お名前　（　　　　　　　　　　　　　　　　）

２．分類

＊同窓生かつ現役教員、元教員の方は両方にチェックをお願いします。

＊同窓生の方は「その他」の欄に学部卒年（大学院からの場合は修了年）をご記入ください。

　①同窓生　②大学生　③大学院生　④現役職員　⑤元職員　⑥その他

　【回答（番号）】　　　　　　⑥の場合（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）

３．ご出身、ご所属（旧所属を含む）の研究室　（　　　　　　　　　　　　　　）

４．ご在住の都道府県　（　　　　　　　　　　　　　　）

5．職域等

　①薬局　②医療施設　③大学　④行政　⑤医薬品関係企業　⑥リタイア　⑦その他

【回答（番号）】　　　　　　 ⑦の場合（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　）

6．参加予定情報の公開に関するご意向

＊参加を促すための案内や当日の情報交換に活かすため、公開可能な項目をお知らせください。

　①お名前　②卒業年次　③ご出身、ご所属の研究室（旧所属を含む）④公開不可 ⑤その他

【回答（番号）】　　　　　　⑤の場合（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

7．お会いしたい恩師、ご自身の近況、メッセージなどをお願いします。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　）