FAX 054-265-8769

E-mail：shizuyak@u-shizuoka-ken.ac.jp

**静薬学友会 静岡県地区の同窓会**

**参加申込用紙**

**開催日時：2026年2月1日（日）**

**会場：ホテルアソシア静岡**

□　　総会、研修会、懇親会に参加します

□　　総会、研修会に参加します

□　　総会のみ参加します

□　　研修会のみ参加します

※上記いずれかを選択しチェックボックスにレ点を入れてください

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（卒業年次　　　　　　 　　　　　　　　年卒業）

E-mail

通信欄

懇親会領収書の但し書き(希望あればご記入ください。デフォルトは「お食事代として」となります。)