

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。)
