

東北医科薬科大学「教育研究協力資金」申込書

平成 年 月 日()

東北医科薬科大学
教育研究協力資金係 宛

FAX: 022-275-2383

日頃より、本学へのご理解・ご協力誠にありがとうございます。
折り返し、専用の振込用紙をお送りいたしますので、お手数ですが、以下の項目の記載をお願い致します。

住所:	〒
ふりがな	
氏名:	
電話番号:	

* 該当する項目の記載をお願い致します。

同窓生の方	卒業年	旧 姓
	昭和 平成	年

在学生の ご父母の方	ご子息氏名	学部学科・学年・組・番号
		学部 学科 年 組 番

お知らせいただきました個人情報 は本学で厳重に管理し、目的以外の使用は致しません。