静岡県立大学 夏休みファーマカレッジ 2024 参加申込書

令和 6 年　　月　　日

ふりがな 氏　名		ふりがな 保護者氏名	印
生年月日	平成　　年　　月　　日	年 齢：　　歳	性 別：　男　・　女
参加申込者の 連絡先 （自宅住所）	〒 静岡県 Tel：　　E-mail：		
所属学校名		学科名:　　科	学年:　　年

参加を希望する理由と期待することを書いてください。書き切れない場合は、裏面に記載ください。

（参加希望理由）

（期待すること）

（参加希望する実験テーマ名）　第一希望：

*希望と異なるテーマになることがあります　第二希望：

第三希望：

1. 参加希望の理由、期待することおよび学年については、必要に応じて参加者選考・決定の参考にします。
2. 8 月 1 日(木)、2 日(金)の**両日とも参加できる方**に限ります。
3. 傷害保険料として、8 月 1 日（木）に 1000 円を徴収します。昼食は原則持参をお願いします。
4. 必要に応じてこの参加申込書はコピーしてお使いください。
5. 問合せ先：静岡県立大学 学生室 薬学部担当　TEL 054-264-5009
   応募先：〒422-8526 静岡市駿河区谷田 52-1　静岡県立大学薬学部ファーマカレッジ 2024 係
6. **申し込み期限：令和 6 年 6 月 28 日(金)必着**