

**第 9 回日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会学術大会
学生参加 推薦書**

平成 30 年 月 日

第 9 回日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会学術大会
大会長 網岡 克雄 殿

推薦者:

所属・役職 _____

氏名(署名) _____

下記のとおり、「第 9 回日本アプライド・セラピューティクス(実践薬物治療)学会学術大会」
学生参加者として推薦します。

参加者:

所属・専攻・学年 _____

氏名 (ふりがな) _____

所属・専攻・学年 _____

氏名 (ふりがな) _____

所属・専攻・学年 _____

氏名 (ふりがな) _____

本推薦書を事前に下記の運営事務局宛にFAXにてお送りください。

締め切り:8月31日(金)

FAX: 03-3517-5186 (運営事務局)株式会社メディセオ 学会支援部

担当:長嶋 TEL: 03-3517-5519

- ・学生参加者は、直接「参加受付」までお越しください。参加証の発行には、学生証が必要となりますので、必ず当日お持ちください。
- ・参加費は無料となりますが、抄録集は別途購入となります。