

慶應義塾大学薬学部  
Thai Pharmacy Experience 参加申込書

フリガナ			印
氏名	Name in English(注1) ( )		
生年月日	西暦 年 月 日生		
性別	男 ・ 女 ※○で囲むこと。		
学年・学籍番号	薬学科／薬科学科 ( 2年 3年 4年 ) ※○で囲むこと 学籍番号【 】		
国籍 (注1)	国籍【 】 在留資格 (該当者のみ)【 】		
現住所 連絡先	〒 電話 ( ) - 携帯電話 ( ) - E-mail (丁寧に書いてください)		
旅券情報 (注2)	旅券番号/Passport No.		
	発行年月日/Date of birth		
	有効期間満了日/Date of Expiry		
語学検定資格	・TOEIC スコア【 点】 受験日【 年 月 日】 ・その他の検定名、レベル・スコア等 【 】 受験日【 年 月 日】		
応募の動機・ 参加の目的など			
健康状態・ 既往症等 (注3)			

**写 真**

脱帽上半身正面、背景なし、縦 4cm、横 3cm、最近 3 ヶ月以内に撮影したもの。  
原本にのみ写真を貼付し、コピーは印刷で可。

保証人氏名 (自署)	上記学生が 2019 年度 Thai Pharmacy Experience へ参加することに同意いたします。  印
保証人住所 緊急時連絡先	〒 電話 ( ) -

(注1) 複数の国籍を持っている学生は、すべての国籍を記入すること。日本国籍でない学生は、在留資格(留学、永住等)も明記すること。  
(注2) パスポート上の記載とする(申請の時点で所持していない場合は、決定通知後早急に知らせてください。)  
(注3) 健康上留意すべき症状等があれば記入して下さい。本欄の記入事項は選考には一切関係ありません。