

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

フリガナ			印	<p style="text-align: center;">写 真</p> <p>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。</p>
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 () - keio.jp アドレス (丁寧に書いてください) 【 @keio.jp】			
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)				

保証人氏名 (自署)	上記学生が 2025 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。