令和　　　　年　　　月　　　日

高知県健康政策部薬務衛生課長　　様

住　所　〒

氏　名

電話番号

高知県薬剤師確保インターンシップ事業受講申請書

　つぎのとおり、高知県薬剤師確保インターンシップ事業の受講をしたいので申請をいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 大 学 名（所属） | 　　　　　　　　大学　　　　　学部　　　　　学科　 年生 （　　　　　　　　　研究室　） |
| 希 望 受 講 日 | 令和　　　年　　月　　日　～　令和　　　年　　月　　日 |
| 生年月日（年齢） | 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日（　　歳） | 性別 | 男 ・ 女 |
| 連絡可能な電子メールアドレス |  |
| 帰省先住所等 | 住　所　〒電話番号（申請者に連絡がとれない場合の連絡先について記載） |
| 修学資金貸付制度等の利用について | 利用していない　　利用している（団体名：　　　　　　） |
| 受講を希望する職種（希望する順位を記載すること。希望しない場合は記載しない） |
| （　　　）　薬局薬剤師の業務について（　　　）　病院薬剤師の業務について（　　　）　行政薬剤師の業務について |
| 研修を受けたい業務内容 |
|  |
| 受講の動機 |
|  |