　　　　年　　　月　　　日

高知県健康政策部薬務衛生課長　　様

住　所　〒

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　） | | |
| 大学大学院　　　　研究科　　　専攻  　　 　　　年生 （研究テーマ　　　　　　　　　　　） | | |
| 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 |  | | |
| 滞在先住所等 | 住　所　〒  電話番号（申請者に連絡がとれない場合の連絡先を記載） | | |
| 病院実務実習先 | 病院名（病院実務実習を受講又は受講予定の場合に記載） | | |
| 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：　　　　　　） | | |
| 興味のある業務内容 | | | |
|  | | | |
| 受講の動機・高知県を志望する理由 | | | |
|  | | | |