

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住所 〒

ふりがな
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。

所属	大学	大学 学部 学科 年生 (研究室)		
	大学院	大学大学院 研究科 専攻 年生 (研究テーマ)		
	勤務先	住所 名称		
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 ※薬学生のみ記入	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				

※未就業の場合は所属欄の記入は不要です。