

令和〇年〇月〇日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住所 〒XXX-XXXX
××県××市××町1丁目2番20号
氏名 高知 好子
電話番号 XXX-XXXX-XXXX

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	〇〇大学 薬学部 薬学科 4年生 (薬学研究室)	所属欄は、現在在籍している大学、大学院または勤務先を記入してください。
	大学院	〇〇大学大学院 〇〇研究科 〇〇専攻 2年生 (研究テーマ 〇〇〇〇)	
	勤務先	住所 高知県高知市〇〇1-2-3 名称 〇〇病院	
生年月日(年齢)	昭和・平成 16年4月1日(22歳)	性別	男・女
連絡可能な電子メールアドレス	1234@ken.pref.kochi.lg.jp		
滞在先住所等	住所 〒780-8570 高知市〇〇1丁目2-3 電話番号(申請者に連絡がとれない場合) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	滞在先住所等欄は、インターンシップ期間中の高知県内の滞在先住所等を記入してください。 滞在先が未定の場合は、「高知市内ホテル滞在予定」など、予定の滞在先を記入するか、滞在先未定の場合は「未定」と記入してください。	
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) 〇〇病院		
修学資金貸付制度等の利用について	利用していない <input checked="" type="checkbox"/> 利用している (団体名: 日本学生支援機構)		
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。