年　　　月　　　日

高知県健康政策部薬務衛生課長　様

住　所　〒

電話番号

薬学生・薬剤師のための高知県薬剤師病院見学ツアー参加申込書

　つぎのとおり、薬学生・薬剤師のための高知県薬剤師病院見学ツアーへの参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属（大学名等） | 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（薬剤師として勤務中の場合） |
|  |
| 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 |  |
| ※大学生・大学院生のみ病院実務実習先 | 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：　　　　　　） |
| 申込の動機 |
|  |
| ご意見・ご質問等 |
|  |