公益財団法人 星総合病院

薬学生対象インターンシップ 参加申込書

=											
参加希望日時		【第1希望】	令和	年	月	B []		~	i	
		【第2希望】	令和	年	月	日[]		~		
コース		半日コース			罪	战種	薬剤師				
ふりがな							#-/				
氏	名				(男	・女)	月日	S٠	Н	年 月	日
学 校	名										
学部・学	科										
卒業(見込み)年	F月		年卒 年卒業見	込	(○でE	目む)					
出身	地		県		市	・町・	村				
現住	所	〒 −									
電話番	号	-	-			ー ル					
*ご希望・ご意見等がございましたらご記入下さい。											
[担当者記入村	欄]						田[] : ~ : 薬剤師 生年 月日 S・H 年 月 日 ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・				
実施日	۔ ا	令和 年 月 日[] (: ~ :)				i コース		半E	3]—	ス	
交通費	円(内訳:)	所	属長	総務	人事部
備老											