

(様式第1号)

令和 年 月 日

高知県健康政策部薬務衛生課長 様

住 所 〒

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。

大 学 名 (所属)	大 学	学 部	学 科
	年 生 (	研 究 室 )	
希 望 受 講 日	令 和 年 月 日	~ 令 和 年 月 日	
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			
帰 省 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 に つ い て 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 : )		
受 講 を 希 望 す る 職 種 (希 望 す る 順 位 を 記 載 す る こ と 。 希 望 し な い 場 合 は 記 載 し な い)			
( ) 薬 局 薬 剤 師 の 業 務 に つ い て			
( ) 病 院 薬 剤 師 の 業 務 に つ い て			
( ) 行 政 薬 剤 師 の 業 務 に つ い て			
研 修 を 受 け たい 業 務 内 容			
受 講 の 動 機			