**インターンシップ申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日 | 西暦 年 月 日 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦年 月 日 | 男・女 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒TEL |
| 学校 | 学校名 |  |
| 所在地 | TEL |
| 卒業・見込年月日 | 西暦 年 月 日 卒業見込・卒業 |
| 病院実務実習先・時期 | （ ）病院 西暦（ ）年度 第（ ）期 |
| 参 加 希望日 | 第 1 希望 第（ ）回 第 2 希望 第（ ）回第 1 回： 2022年 2 月 17 日（木）～2 月 18 日（金） 第 2 回： 2022年 3月 4 日（木）～3 月 4日（金） |
| 自己 PR＊ |  |

＊インターシップ参加目的などをご記載ください。

本申込書は、東北大学病院薬剤部のアドレス：info@pharm.hosp.tohoku.ac.jp にメールでお送りください。