**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 ３希望 第（ ）回第 １回： ２０２３年 ２月１６日（木）～２月 １７日（金） 第 ２回： ２０２３年 ３月 ２日（木）～３月 ３日（金）第 ３回： ２０２３年 ３月１６日（木）～３月１７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。