**岡山大学病院薬剤部　インターンシップ申込書**

**記入日　　　年　　　月　　　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりかな** |  | **生年月日** | 年　　月　　日 | 男女 |
| **氏 名** |  |
| **住 所** | 〒 |
| **電 話** |  |
| **メール** |  |
| **大学名** |  | **学 年** | 年 |
| **参加希望日** | 第１希望日（　　　　　　　　）第２希望日（　　　　　　　　） |
| **参加理由** |  |
| **その他** |  |

本申込書は、下記までメールで提出してください．

murak-k1@cc.okayama-u.ac.jp

岡山大学病院　薬剤部

担当　村川公央　086-223-7151（代表）