**岡山大学病院薬剤部　インターンシップ2023年度（5年生）　申込書**

**記入日　　　　年　　　月　　　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりかな** |  | | **生年月日** | 年　　月　　日 | | 男  女 |
| **氏 名** |  | |
| **現住所** | 〒 | | | | | |
| **電 話** |  | | **出身地** |  | | |
| **メール** |  | | | | | |
| **大学名** |  | | | **学 年** | 年 | |
| **現地研修**  **参加希望日** | 第１希望日（　　　　　　）　　　　　　第３希望日（　　　　　　）  第２希望日（　　　　　　）　　　　　　第４希望日（　　　　　　） | | | | | |
| **希望研修** | **午前の部**  ひとつ選択☑  してください | □ 病棟薬剤業務（患者面談，チーム医療，処方提案，TDMなど）  □ 治験管理業務（治験の管理，被験者面談，がんゲノム医療など）  □ 外来薬剤業務（入院前の患者面談，チーム医療，周術期管理など） | | | | |
| 上記を選択した理由 | | | | |
| **午後の部**  ひとつ選択☑  してください | □ がん化学療法業務（調製，レジメン管理，支持療法，薬剤師外来など）  □ 病棟薬剤業務（患者面談，チーム医療，処方提案，TDMなど）  □ 試験研究・製剤業務（院内製剤，薬剤師の臨床研究，DXなど） | | | | |
| 上記を選択した理由 | | | | |
| **参加理由** | インターンシップに応募した理由など | | | | | |
| **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](mailto:murak-k1@cc.okayama-u.ac.jp)

岡山大学病院　薬剤部　村川公央　086-223-7151（代表）