**R7年度　山口大学医学部附属病院薬剤部　インターンシップ申込書**

記入日　　　　年　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 生年月日 | 西暦年 月 日 | 男 ・ 女 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 出身地 |  | TEL |  | メールアドレス |  |
| 在学大学名 | 学校名 |  |
| 卒業・見込年月日 | 西暦 年 月 日 卒業見込 |
| 病院実務実習先・時期 | （ ）病院 西暦（ ）年度　第（ ）期 |
| 実施日 | 第一希望日に1を、第二希望日に2をつけてください。（　　　　）　　第 １回： ２０２5年 　11月 6日（木） （　　　　）　　第 ２回： ２０２5年 　11月13日（木）※応募者多数の場合、第二希望日になることがあります。また両日ともに規定人数に達した後での応募の場合は参加できないことをご了承ください。※参加の可否については、応募締め切り後に、メールにて連絡します。 |
| 受講したい専門領域 | 選択プログラムで受講を希望する領域に○をつけてください（ 2 領域に○をつけてくだい）（　　　）　ICU病棟　　　　　　 　　（　　　）　緩和薬物療法　（　　　）　小児薬物療法　　　　 （　　　）　治験・ＣＲＣ |
| 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、n.okada@yamaguchi-u.ac.jp（担当：岡田直人）までメールでお送りください。