

川崎協同病院 2019年夏 インターンシップ参加申込用紙

ふりがな(※必須)			
氏 名(※必須)		生年月日	
		年 月 日 (歳)	
大学名 (※必須)	大学	学部	学科
			学年
			年生
ふりがな			
現住所(※必須)			
〒 -			
携帯電話 (※必須)		自宅	
E-mail (※必須)	@		
希望日程 ※希望の 日程に☐ をしてく ださい (※必須)	☐	①	7/23～24
	☐	②	7/30～31
	☐	③	8/6～7
	☐	④	8/20～21

※インターンシップへの参加動機

--

※インターンシップで経験したいこと

--

※アンケート

①今回のインターンシップをどこで知りましたか？
②将来の進路として、現時点での興味のある分野はありますか？（○を付けてください）
病院内薬局 ・ 調剤薬局 ・ ドラッグストア ・ MR ・ 研究 ・ その他（ ） ・ まだわからない

お申し込みはこちらの用紙をFAXまたは郵送にてお送りください

FAX⇒044-277-7488

郵送⇒☎210-0804 神奈川県川崎市川崎区藤崎4-21-2協同ふじさきクリニック4階
川崎医療生活協同組合人事部 担当：佐藤