令和　　年　　月　　日

九州労災病院薬剤部　病院見学会

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 | （　男　・　女　） |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日生　（満　　　歳） |
| 在籍校名 | ※就職中の方は卒業校を記載してください。 |
| 薬剤師養成機関  卒業見込み年月 | 令和　　　年　　　月　卒業見込み　・　免許取得済み |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| 平日日中の  連絡先 | 当院から連絡を差し上げる場合があります。連絡のつきやすい番号を記入ください。  TEL　　　　　－　　　　　－ |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | ＠ |
| 備考欄  （事前質問等） |  |