

薬剤部見学申込書（薬学生用）

年　月　日

島根大学医学部附属病院

薬剤部長 殿

下記の通り、薬剤部の見学を申し込みます。

ふりがな 氏名			
生年月日	西暦 年 月 日生	性別	男・女
所属大学名		学年	年
連絡先	住所：〒 電話： メールアドレス：		
帰省先 (県内の場合)	住所：〒 電話：		
見学希望日・時間	第1希望		
	第2希望		
その他の希望			

注) ・各欄へご記入の上、下記住所（薬剤部長宛）へお送り下さい。

- ・原則として、土日祝祭日の見学は受け付けていません。
- ・見学日・時間は、ご希望にそえない場合があります。
- ・ご記入いただいた個人情報は見学受入以外の目的には使用いたしません。

薬剤部連絡先：〒693-8501 出雲市塩冶町8 9-1
島根大学医学部附属病院 薬剤部
電話：0853-20-2463
FAX：0853-20-2475