《別紙様式》

鳥取県福祉保健部健康医療局医療・保険課　薬事担当あて

**１枚目**

　ファクシミリ　０８５７－２６－８１６８　　※添え状は不要です

　電子メール　iryou-hoken@pref.tottori.lg.jp

**令和元年度 薬学生スプリングインターンシップ鳥取**

**（薬剤師体験研修）**

**受入回答票**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **担当者**（所属・職・氏名） |  |
| **所在地・連絡先** | 住　所 | 郵便番号（　　　　　－　　　　　） |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |
| **施設の****ホームページ**　 | 　　　　　　　　　有　　　　　・　　　　　無 |
| **施設の紹介**施設の特色など100文字程度 | ※学生向けの募集案内にこの内容を掲載しますので、簡潔にわかりやすく記載をお願いします。（別紙可） |
| **受入可能学年** | １年生 ・ ２年生 ・ ３年生 ・ ４年生 ・ ５年生 ・ ６年生 ・ 大学院生 |
| **研修予定内容** | ※可能な限り具体的に記載をお願いします。（別紙可） |
| **研修時間等** | 研修時間 | 　　　　　　　　　　　　　　～ |
| 集合時間 |  |
| **持参が必要な****もの** | 白　衣 | 　　　　　　要　　　　　・　　　　　否**２枚目** |
| 上履き | 　　　　　　要　　　　　・　　　　　否 |
| その他 |  |
| **受入可能日****・****受入可能人数** | ※受入可能な日に○を記入の上、下欄に受入れ可能人数を記載してください。　複数の学生から、それぞれの希望日（第１希望～第３希望）で申し込みがあった

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **月** | **火** | **水** | **木** | **金** |
| **前　半** |
| **2月17日** | **2月18日** | **2月19日** | **2月20日** | **2月21日** |
|  |  |  |  |  |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| **2月24日** | **2月25日** | **2月26日** | **2月27日** | **2月28日** |
| 祝日 |  |  |  |  |
| 人 | 人 | 人 | 人 |
| **後　半** |
| **3月2日** | **3月3日** | **3月4日** | **3月5日** | **3月6日** |
|  |  |  |  |  |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |
| **3月9日** | **3月10日** | **3月11日** | **3月12日** | **3月13日** |
|  | 　 |  |  |  |
| 人 | 人 | 人 | 人 | 人 |

場合、１日当たりの受入可能人数の範囲で、できるだけ集約するよう調整しますが、場合によっては、連日の受入等が発生する可能性もありますのでご留意ください。 |
| 備考その他注意事項・要望事項をお書きください。 |  |