《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。 |  | | |