

岩手医科大学 薬学部 インターンシップ  
学 生 受 入 申 込 書

事業所名				業 種	
所在地	〒				
電 話		FAX		e-mail	
ご担当者名		所 属		職 名	

受入学生数		受入学年	
受入部署			
受入期間	平成 年 月 日 ( )	～平成 年 月 日 ( )	
受入日数			
実習時間	:	～	:
主な実習内容			
受入条件			

参考：夏期休暇 5年生・4年生[7/28(月)～8/15(金)]、3年生[7/16(水)～8/15(金)]

※原則、学生夏期休暇中での受入れをお願いいたします。

[6月25日(水)まで…送信状不要]

FAX 返信先

岩手医科大学キャリア支援センター 宛

FAX : 019-698-1835

**【連絡先】**

〒028-3694 岩手県紫波郡矢巾町西徳田 2-1-1

岩手医科大学 キャリア支援センター事務室

TEL 019-651-5111 内線 5367・5366

FAX 019-698-1835

e-mail career@j.iwate-med.ac.jp