実習施設情報

　　　　　　　　　　　　　　　番号　　　　　　氏名

実習施設名：

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 \* |  |
| FAX \* |  |
| 指導薬剤師 | 氏名： 　　　　　先生　　　　　　e-mail\*:氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　先生　　　　　e-mail\*: |
| 実習期間 | 平成　　　 年　　　月　　　日　～　平成　　　年　　　月　　　日 |
| 実習時間 | 　　　　: 　 ～　　　　：　　実習曜日（該当に○）　　　月　　　火　　　水　　　木　　　金　　　土　　　日　 |
| 通学手段（具体的に） |  |
| 通学時間 |  |

　　\* 連絡先は指導薬剤師の先生に連絡させていただく場合に使用できるものを記入してください。

備　考