

秋本薬局インターンシップ申込書

平成 年 月 日

(株)秋本薬局御中

私は、インターンシップに下記により申込みいたします。

記

(1) 個人情報

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日生 (歳)
所 属	大学 学科 年
住 所	〒 TEL E-Mail

(2) インターンシップでやりたいこと、志望動機、自己 PR など

実習のテーマ	☆インターンシップのテーマとして、やってみたいこと等。 <div>50 文字以内</div>
自己 PR ・ 志望動機	☆インターンシップへ参加する志望動機や自己 PR 等 。 <div>400 文字以内</div>

送付及び問合せ先
(株)秋本薬局 秋本江の浦薬局 担当 山野
〒750-0075 山口県下関市江の浦1丁目1番11号
電話 083-261-0566 ファクス 083-261-0567 Mail;enoura@akimoto-yakkyoku.jp