

# 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。 50文字以内
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 400文字以内

## 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