

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 担当 村田

〒750-0007 山口県下関市赤間町7番17号

電話 083-222-2415 ファクス 083-242-6011 Mail;info@akimoto-yakkyoku.jp