

就職希望者を対象とした
**新潟大学医歯学総合病院
薬剤部見学会のお知らせ**

この度、新潟大学医歯学総合病院 薬剤部では、就職希望者を対象に、下記の通り見学並びに説明会を開催することと致しました。参加をご希望の方は、下記要項にて事前にご応募下さい。

- 日時 : 平成 **29** 年 **7** 月 **28** 日 (金) 14:30~
- 集合場所 : 新潟大学医歯学総合病院 薬剤部 医薬品情報管理室
- 対象 : 薬剤師免許取得者、平成30年4月に薬剤師免許取得予定の方
- 内容 : 薬剤部・院内各施設の見学等
- 参加申込 : 平成 **29** 年 **7** 月 **25** 日 (火) 必着

①氏名、②性別、③大学名等、

④連絡先 (必ず連絡のとれる電話番号、E-mail アドレス)

を申込用紙に記載の上、**郵送またはFAX** でご応募下さい。

- 申込先 : 〒951-8520 新潟市中央区旭町通 1-754
新潟大学医歯学総合病院 薬剤部 担当 荒川
FAX : 025-227-0802

- 申込み多数の場合は、誠に申し訳ありませんが、受け入れ人数の関係で、先着順とさせていただきますので、その旨ご了承下さい
- 当日は、白衣・上履きを持参し、**14:20** までに集合場所にお越し下さい。

問い合わせ先

新潟大学医歯学総合病院 薬剤部
TEL 025-227-2783 担当 荒川

FAX 送信先：025-227-0802（新潟大学医歯学総合病院薬剤部）

新潟大学医歯学総合病院薬剤部見学会
参加申込書

見学日：平成29年7月28日(金) 14時30分～

ふりがな

氏名： _____

性別： 男 • 女 （○で囲んで下さい）

大学名： _____

_____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 卒業予定 • 卒業 _____ （○で囲んで下さい）

薬剤師免許： _____ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 取得予定 • 取得 _____ （○で囲んで下さい）

連絡先：電話番号 _____ — _____

E-mail _____