**東京都病院薬剤師会ホームページ**

**病院見学・インターンシップ掲載依頼書**

申請日：令和　　　年　　　月　　　日

掲載希望項目　　　　病院見学　　　　　インターンシップ　（該当に○）

施設名：

所在地：

担当者：

電話番号：

E-Mail：

実施期間：

応募対象：

応募方法：

募集人数：

施設からのメッセージ：