

令和 5 年度 薬剤師・歯科医師インターンシップ 参加申込兼承諾書

申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ			
生徒 氏名			
生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 才)	性別	男 ・ 女
学校名		学年	高校 _____ 年生
学科		携帯電話	
メール アドレス	※受信が可能なアドレス		
住所	〒 _____		
フリガナ			
保護者 氏名			
生徒との続柄		携帯電話 (緊急連絡先)	
メール アドレス			

※申込書に記載された個人情報に関して、運営管理の目的のためにのみ利用させていただきます。

私は _____ がインターンシップに参加することについて、保護者として同意します。

保護者氏名 _____ 印 _____

運営事務局：株式会社ケイオーパートナーズ

担当：知念、豊田、矢島、高江洲

TEL: [098-851-7827](tel:098-851-7827) FAX: 098-987-4336 Mail: kanako.c@kop-oki.com