

]

インターンシップ 諸 条 件 等

選択項目は、○をつけたうえで補足をご記入ください。

貴 社 情 報	事業所名	株式会社ファーマ・ラボ			
	ご担当部署 ご担当者様氏名	経営企画部 浅水和美			
	ご連絡先	電 話:0194-66-7166 メールアドレス:contact@pharma-labo.co.jp			
実 施 時 間	インターンシップ 時間(定時)	9:00 ~ 17:00			
	定 時 外 の 実 習	有	☒ 無		
	休 日 の 実 習	有	☒ 無		
イ ン タ ー ン シ ッ プ 諸 条 件	就業場所	①ホソタ薬局 岩手県久慈市十八日町1-21 ②キング薬局 岩手県旭町10-61-1 上記2店舗のどちらか			
	初日の集合時間	時間→9:00			
	集合場所	場所→ホソタ薬局			
	初日の服装	・フードの付いている衣服以外 ・下は黒か紺色のズボン着用			
	初日の持ち物	筆記用具、中履き、水分、学校で使用している名札があれば持参			
	食 事 提 供	有 (自己負担額	円/日)	☒ 無	
	交 通 費 補 助	有 ☒ 補助額	場所によります、基本全額当社負担)	無	
	会 社 バ ス の 利 用	認める	認めない	☒ 会社バスなし	
	最寄駅・ バス停等からの送迎	有 (最寄駅・バス停名:	)	☒ 無	
	制服 ・ 作業服	有償貸与(	円/日)	☒ 無償貸与	貸与しない
	その他貸与物 ()	有償貸与(	円/日)	無償貸与	☒ 貸与しない
備考					