

様式第1号（第3条関係）

足寄町保健業務インターンシップ事業申込書

記入日： 年 月 日

ふりがな				写真を貼る
氏名				
生年月日	年	月	日生（満 歳）	
現住所	〒 -			
帰省先住所	〒 -			
電話番号			E-mail	
所属	学校名	学部	学科	学年

※電話番号、E-mailは、実習に関する事務連絡時のみ使用いたします。

【希望する実習内容】

足寄町保健業務インターンシップ事業を希望する理由を具体的に記入してください。

第1希望の実習内容	【希望する実習内容】
	【希望した理由を具体的に記入してください】
第2希望の実習内容	【希望する実習内容】
	【希望した理由を具体的に記入してください】
その他	

※申込み多数の場合、希望理由をもとに受入れの可否を決定いたします。

【志望動機】

自己 PR と足寄町保健業務インターンシップ事業を希望した動機について記入してください。

--

【学校等記入欄】

担当 及び 連絡先	担当者所属部署 及び担当者名			
	住 所	〒 ー		
	電 話		FAX	
	E-mail			

上記学生をインターンシップ実習生として推薦します。

学校等名称

代表者名（責任者） _____

（署名又は記名押印）