

様式第2号（第3条関係）

足寄町保健業務インターンシップ事業受入可否決定通知書

年 月 日

大学等名称

代表者職氏名等

（学生以外の場合は本人）

足寄町長

年 月 日付で申請のあったインターンシップの受入れについて、次のとおり決定したので、足寄町保健業務インターンシップ事業実施要綱第3条第3項の規定により通知します。

記

ふりがな	
氏 名	
学校・学部・学科	
受 入 の 可 否	
受 入 期 間	年 月 日（ ）～ 月 日 （ ）まで 日間