様式第１号（第３条関係）

広尾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 |  | | | | | 男  女 | 写真を貼る |
| 氏　名 |  | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　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】

広尾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と広尾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 | 〒　　－ | | |
| 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）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |