第２号様式（第３条関係）

垂水市保健業務インターンシップ申込書

申込年月日（　　　年　　月　　日）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 写真貼付位置申込前１か月以内、脱帽、上半身、正面向きで、本人と確認できるものを枠内に貼ること。（ﾀﾃ4cm×ﾖｺ3cm） |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日（満　　歳） |
| 現住所 | 〒　　　－ |
| 実習中の居所※現住所と異なる場合 | 〒　　　－ |
| 電話番号 |  | E-mail |  |
| 緊急時連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　電話関係（家族・親戚・友人・知人・その他（　　　　　　）） |
| 所属※学生のみ | 学校名 | 学部 | 学科 | 学年 |
|  |  |  |  |
| 学歴 |  |  | 年　　　月卒業・卒業見込・中退 |
|  |  | 年　　　月卒業・卒業見込・中退 |
| 希望理由 | （自己ＰＲ（資格等も含む）と希望した動機等について記入してください。） |
| 実習希望期間 | 　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで（　　日間） |
| 備考 |  |

※　電話番号、E-mailは、実習に関する事務連絡等のみに使用します。