（様式1）

学生用

地域障害者職業センターインターンシップ参加申込書

学校名			
学部/学科		学　年	
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		年　齢	歳
現住所等	〒 TEL e-mail		
インターシップに参加する目的	（インターンシップに参加して経験したいこと、学びたいこと等主体的な目的・理由を記入してください。）		
卒業後の希望業種・職種			
備　考	（インターンシップの参加に当たり、何らかの配慮を必要とする場合は、その旨を記入してください。）		

学校記入欄	＜学校の推薦事項＞ 上記学生のインターンシップについて推薦いたします。 年　月　日 大　学　名: 部署・役職: 推薦者氏名: 〔所在地〕 〔TEL〕 〔FAX〕 〔e-mail〕 ※推薦者の方（ご担当部署の長・ご担当者様、担当教員等）の署名をお願いします。	
	インターンシップ等の傷害保険	※学生の保険内容について確認（☑）をお願いします。 □加入済み　□加入予定（受入れが確定次第加入します。）

※この申込書により取得した個人情報は、当機構において適正に管理し、インターンシップの運営目的以外に使用することはありません。