

地域障害者職業センターインターンシップ参加申込書

大学名	
連絡担当者 (役職・氏名)	
連絡先	[所在地] [TEL] [FAX] [e-mail]

	学生の氏名	年齢	学部・学科	学年	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					

※インターンシップを希望する学生の参加申込書(様式1)を添付の上、長崎障害者職業センターに提出してください。