

地域障害者職業センター職場体験実習(インターンシップ)参加申込書

学校名			
学部/学科		学 年	
フリガナ 氏 名		年 齢	歳
現住所等	〒 TEL e-mail		
インターンシップに 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	<p><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。</p> <p>年 月 日 大 学 名: 部署・役職: 推薦者氏名: 〔所在地〕 〔TEL〕 〔FAX〕 〔e-mail〕</p> <p>※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。</p>	
	インターン シップ等の 傷害保険	<p>※学生の保険内容について確認(☑)をお願いします。</p> <p><input type="checkbox"/>加入済み <input type="checkbox"/>加入予定(受入れが確定次第加入します。)</p>

※この申込書により取得した個人情報、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。