

記入日：令和 年 月 日

(別紙1) ※ ★以外の項目については、事業所に提供する可能性があります。予めご了承ください。また、申込書(表裏とも)は必ずコピーを手元に保管してください。

新上五島町学生インターンシップ参加申込書(表面)

| | | | | |
|-----------------|--|--|---------------------|--|
| 学校名 | | 学年 | | 写真貼付 横3cm×縦4cm (写真の裏に必ず記名) スマートフォンで撮影し、 アプリ等を使ってプリントした ものでも構いません。 |
| 学部/学科 | | 生年月日★ | 年 月 日 | |
| フリガナ | | 性別 | | |
| 氏名 | | | | |
| 携帯電話★ | ※事務局(0959-53-1113)から電話をします。必ず事前にご登録ください。 | | 緊急連絡先★ (実家・帰省先等) | |
| E-mail★ | | | | |
| 現住所★ | 〒 | | | |
| 帰省先住所★ | 〒 | | | |
| | ※現住所と同じ場合は「同上」とご記入ください。 | | | |
| 自己PR | (インターンシップに活かせる自分の特徴を、客観的な事実・具体的な経験をもとにPRしてください。) | | | |
| 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。) | | | |
| インターンシップの参加の有無 | インターンシップ事業の経験がある場合はこちらに☑してください。→☐ 事業名() | | | |
| 卒業後の希望業種・職種 | | | | |
| 学校記入欄 | 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いたします。加入予定の場合も内容について記入してください。 保険名： 保険会社名： ☐加入しました ☐加入予定(実施決定通知書を受け取り次第加入します。) | | |
| | <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。 令和 年 月 日 部署・役職： 推薦者氏名： 印 電話番号： ※内容と保険についてご確認の上、推薦者の方(ご担当部署の長・ご担当者様、担当教員等)の氏名・押印をお願いいたします。 | | | |

※ご提供いただいた個人情報につきましては、新上五島町個人情報保護条例に基づき、本事業のみに使用させていただきます。

裏面もご記入ください。⇒

(別紙1) 必ず手元にコピーを保管してください。

新上五島町学生インターンシップ参加申込書 (裏面)

| | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| 学校名 | | フリガナ 氏名 | |
| インターンシップを 希望する期間 | 期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間) ※その他希望等があれば記載ください。 | |
| | 注意事項 | ●お盆期間や土日祝は受入れが難しい事業所、18時以降の就業がある場合があります。 ●宿泊等の予約については各自で手配してください。 | |
| ホームページの募集詳細を確認の上、希望事業所を必ず3つ記入してください。 | | | |
| 第1希望 | 事業所名 | No. | |
| | 希望理由 | | |
| 第2希望 | 事業所名 | No. | |
| | 希望理由 | | |
| 第3希望 | 事業所名 | No. | |
| | 希望理由 | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ●単位申請を予定していますか？ (□はい □いいえ) → 「はい」に☑した方：単位取得に必要な時間数： _____ 時間 | | |

◆日程等の調整のため、事務局0959-53-1113から電話いたします。必ず事前に登録してください。