別記

第１号様式（第３条関係）

垂水市保健業務インターンシップ受入申込書

年　　月　　日

垂水市長　　　　　　　様

大学等名称

代表者職名・氏名　　　　　　　　　　　　印

垂水市保健業務インターンシップ事業実施要綱第３条第１項の規定に基づき、下記のとおり申し込みます。

記

１　学生数　　　　人

２　学生を推薦する理由

３　学生の氏名等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 | 学部・学科等 | 学年 | 受入希望期間 |
|  |  |  | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |
|  |  |  | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |
|  |  |  | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |
|  |  |  | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |
|  |  |  | 年　 月　 日から年　 月　 日まで |

４　その他（特記事項）

５　大学等連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当部署 |  | 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| Ｅ－mail |  |

６　添付書類

　垂水市インターンシップ実習生調書