所沢市インターンシップ申込書【 事務職・保健師用 】　　　　　　　　 顔写真データ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　カラー

　 　 正面向き

　　 データ容量は

　　　200kB以内

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | 生年月日 |  |
| 氏 名 | | 年 　 　 　 月　　 日 |
| TEL（自宅）  　(携帯） |
| 〒　　－  現住所 | | Emailアドレス |
| 緊急連絡先 | 氏名 （ 続柄：　　） 電話 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 学校名 |  | 学部　 　　　　　学科  （学年　　　　年生） |
| 学習・研究  内容 |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 免許又は資格 |  |  |
|  |  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実習希望部署  　　　※  別添の受入所属一覧から３所属選択。  希望順位は問わない。順不同で記入。 | 希望所属 |  | | 日程 | | | |  | |
| 希望理由 |  | | | | | | | |
| 希望所属 |  | | | | 日程 |  | | |
| 希望理由 |  | | | | | | | |
| 希望所属 |  | | | 日程 | | | |  |
| 希望理由 |  | | | | | | | |
| 上記以外の部署でも、実習を希望しますか。 | | | はい　　・　　いいえ | | | | | | |

※必ず希望どおりになるものではありません。予め御了承ください。　　　　　　**裏面に続く≫≫≫≫**

|  |
| --- |
| 所沢市でのインターンシップを志望する理由 |
|  |

|  |
| --- |
| インターンシップに向けて事前に学習した内容 |
|  |

|  |
| --- |
| インターンシップの経験を、実習後にどのように活かしていきたいと思いますか |
|  |

|  |
| --- |
| 自己PR欄 |
|  |

|  |
| --- |
| 備考　**（インターンシップ期間中に参加できない日があれば、こちらに必ず記入してください）** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習における単位認定の有無 | 有 　　・ 　　無 |

|  |  |
| --- | --- |
| 実習先が記入する評価書等の有無 | 有 　　・ 　　無 |

※記入後、学校を通じて応募してください（学生個人から直接の応募は受け付けておりません）。

※記入していただいた内容は、「所沢市インターンシップ」に関連する以外には、一切使用しません。

※インターンシップ事業への参加の有無が、職員採用試験の結果に影響することはありません。

申　込　日：　　　　　　年　　月　　日

氏　　名：