

インターンシップ申込書

フリガナ			性別	生 年 月 日	
氏 名			男・女	年 月 日	
学校学科名・学年	学校名 学部学科名： (第 学年)				
現 住 所 (居住地)	〒 ー				
研修中の住所	〒 ー				
連 絡 先	電 話 番 号				
	e-mailアドレス				
研修中希望日	希望期間 令和 年 月 日()～ 月 日() の内 日間				
希望する研修内容や 要望					

※履歴書(カラー写真付き)を添付してください。

大学等に関する事項

担 当 部 署			
担当者氏名・役職			
担当者連絡先	電話番号		
	e-mailアドレス		
	所 在 地	〒 ー	
大学教諭・指導者			

20210401 日本コミュニティーケア(株)

※送付先 :〒457-0823 名古屋市南区元塩町3-1-5-102 日本コミュニティーケア株式会社 総務部担当者宛

※提出書類: ①様式第1号（第6条関係）インターンシップ申込書並びに②履歴書(カラー写真付き)を同封の上