様式第１号‐①（第５条１項関係）

新冠町インターンシップ受入申請書

平成　　　年　　月　　日

新冠町長　様

学校名

代表者　　　　　　　　　　　　㊞

新冠町インターンシップの実習生として、下記のとおり推薦します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生  　　　（　　　）歳 |
| 氏　名 | （男・女） | |
| 専攻　学部  学科・学年 |  | 健康状態 | | 良好・その他 |
| 住　所 | 〒  電話（　　　　）　　　　－  携帯  　Ｅ‐mail | | | |
| 緊急時連絡先  （保護者等） | 住所  氏名　　　　　　　　　　続柄（　　　）　電話 | | | |
| 希望理由 |  | | | |
| 希望期間 | 平成　　年　　月　　日（　　）～　　　日　　（　　日間） | | | |

様式第１号‐②（第５条２項関係）

新冠町インターンシップ受入申請書

平成　　　年　　月　　日

新冠町長　様

住　所

氏　名　　　　　　　　　　　　㊞

新冠町インターンシップの実習生として、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日生  　　　（　　　）歳 |
| 氏　名 | （男・女） | |
| 資格取得状況 | 看護師・保健師・他（　　　） | 健康状態 | | 良好・その他 |
| 住　所 | 〒  電話（　　　　）　　　　－  携帯  　Ｅ‐mail | | | |
| 緊急時連絡先  （保護者等） | 住所  氏名　　　　　　　　　　続柄（　　　）　電話 | | | |
| 希望理由 |  | | | |
| 希望期間 | 平成　　年　　月　　日（　　）～　　　日　　（　　日間） | | | |

※保健師免許の写しを添付してください。