

インターンシップ申込書

令和 年 月 日

私は、小笠地区雇用対策協議会及び掛川公共職業安定所が作成した「インターンシップ協力事業所一覧」に基づき、以下のとおり、貴社にインターンシップを申し込みます。

(1) 個人情報

フリガナ	
氏名	
生年月日	
大学名 学部学科 学年	
現住所	郵便番号: 住 所: 連 絡 先: E-mail:

(2) 希望の事業所名

--

(3) 希望期間等(希望があれば記入してください。)

期間	年 月 日 ~ 年 月 日
日数	1日 ()時間 × 日間
希望日	

(4) 保険の加入について(加入しているものに○印を付けてください。)

傷害保険	損害保険
------	------

※ インターンシップ中の怪我や物損事故に備え、保険への加入を、個人または大学でされることをお勧めします。

※ 申込書に記入のうえ、FAXまたは郵送で、インターンシップ希望先の事業所へ直接お送りください。

※ 希望事業所から、受入「OK」が出たら、詳細の打ち合せを行ってください。