**社会福祉法人台東つばさ福祉会インターンシップ参加申込書**

（様式１）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学校名 |  | | | |
| 学部/学科 |  | | 学 年 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | | 年 齢 | 歳 |
| 氏 名 |  | |
| 現住所等 | 〒 | TEL |  |  |
|  | e-mail |  |  |
| インターシップに参加する目的 | | （インターンシップに参加して経験したいこと、学びたいこと等主体的な目的・理由を記入してください。） | | |
| 希望事業所 | | ①つばさ福祉工房　　　　②フロム千束　　　　③たいとう寮　　　　④つばさ放課後クラブ | | |
| 希望日数 | | １Ｄａｙ　　　　　　　　　　２Ｄａｙ　　　　　　　　　　３Ｄａｙ | | |
| 実習希望時期 | | ①　　　月　　　日から　　　月　　　日　②　　　月　　　日から　　　月　　　日　③　　　月　　　日から　　　月　　　日 | | |
| 備 考 | | （インターンシップの参加に当たり、何らかの配慮を必要とする場合は、その旨を記入してください。） | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 学校記入欄 | ＜学校の推薦事項＞ | |  |
| 上記学生のインターンシップについて推薦いたします。 | | |
| 年 月 日 | | 学 校 名： |
|  |  | 部署 ・ 役職： |
|  |  | 推薦者氏名： |
|  |  | 〔所在地〕 |
|  |  | 〔TEL〕 |
|  |  | 〔FAX〕 |
|  |  | 〔e-mail〕 |
| ※推薦者の方（ご担当部署の長・ご担当者様、担当教員等）の署名をお願いします。 | | |
| インターンシップ等の傷害保険 | ※学生の保険内容について確認（☑）をお願いします。 | |
| □加入済み □加入予定（受入れが確定次第加入します。） | |

※この申込書により取得した個人情報は、当法人において適正に管理し、インターンシップ・採用の運営目的以外に使用することはありません。