

社会福祉法人台東つばさ福社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	
フリガナ			年 齢
氏 名			
現住所等	〒 _____ TEL _____ e-mail _____		
インターン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		
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	<p><学校の推薦事項></p> <p>上記学生のインターンシップについて推薦いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 学 校 名:</p> <p style="text-align: center;">部署・役職:</p> <p style="text-align: center;">推薦者氏名:</p> <p style="text-align: center;">〔所在地〕</p> <p style="text-align: center;">〔TEL〕</p> <p style="text-align: center;">〔FAX〕</p> <p style="text-align: center;">〔e-mail〕</p> <p>※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。</p>	
	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。 <input type="checkbox"/> 加入済み <input type="checkbox"/> 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、インターンシップの運営目的以外に使用することはありません。