記入日　令和　年　月　日

調査票

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 平成 | 年　　月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 | 携帯電話 |  |
| Mail  |  |
| 学校名・学部名 | 学年 |
|  | 　　年 |
| 今回のインターンシップを希望する理由 |
|  |
| 興味のある分野（部署）があれば記載してください。 |
|  |
| その他実習にあたり、特に希望することがあれば記載してください。 |
|  |
| インターンシップを希望する職種 |
| 　一般事務　・　土木技術　・　建築技術　・　保健師　・その他（　　　　　　　　）（該当するものに「○」を付けてください。） |

※　基本的な業務時間は　9：00～17：00となります。

※　日当・交通費等の支給はありません。

※　インターンシップ保険には各自で加入してください。