

田子町 保健師インターンシップ申込書

令和 年 月 日

(ふりがな) 氏 名				(☐ 男 ・ ☐ 女)
生年月日	昭 ・ 平 年 月 日生 (満 歳)			
区 分	☐ 保健師養成校在学中 ☐ 保健師有資格 (学生・既卒)			
所 属 (学生)	学校名	学部／研究科	学科／専攻	年次／課程
所 属 (既卒者)				
住 所	〒			
電 話	連絡先①			
	連絡先②			
E-mail				
体験希望日	第一希望		第二希望	
	令和 年 月 日 ()		令和 年 月 日 ()	
移動手段	☐ 公共交通機関 ☐ 自家用車 ☐ その他 ()			
【田子町で職場体験を希望する理由】				
【職場体験で学びたいこと】				
添付書類 (該当するもの)				
☐ (学生) 学生証の写し ☐ (学生以外) 身分証の写し (免許証等)				
☐ (有資格者) 保健師免許証の写し				
同意署名 _____				
☐ 本申込において提出された個人情報については、職場体験の目的以外に使用することはありません。				
☐ インターンシップに係る経費は、申込者の負担となります。				
☐ インターンシップ中の事故等については、申込者の責任において処理していただきます。				