**妙高市（保健師）インターンシップ　申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | |
| 氏　　名 |  | | | |
| 生年月日 | 年　　月　　日（満　　　歳） | | 性　別 |  |
| 現 住 所 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | |
| メール |  | | |
| 期間中の居所  ※現住所と同じ  　場合は記載不要 | 〒 | | | |
| 電話番号 |  | | |
| メール |  | | |
| 学 校 名 |  | | | |
| 学部・学科・  専攻など |  | | | |
| インターン  シップ希望日 | 月　　　日～　　　月　　　日（　　　日間）  ※希望時間等がありましたら、記載してください。  　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 妙高市インターンシップの志望動機・理由 | | | | |
|  | | | | |
| インターンシップの目標 | | | | |
|  | | | | |