

年 月 日

知多市インターンシップ申込書

（学生記入欄）

ふりがな	ち た た ろ う		写 真 (縦4cm×横3cm)
氏名	知 多 太 郎 (男・女)		
生年月日	平成〇〇年 12月 12日生		
学校名	〇〇大学		
学部学科名	〇〇学部〇〇学科 (学年: 〇年生)		
現住所	〒478-8601 愛知県知多市緑町1番地		
連絡方法	電話番号(携帯電話可)	090-1234-5678	
	E-mail(携帯電話可)	shokuin@city.chita.lg.jp	
	住 所	知多市緑町〇番地	
	緊急連絡先 氏 名	知 多 花 子	
	電話番号	0562-36-2643	
知多市でインターンシップを希望する理由			
〇〇〇			
就職についての考え(進路希望など)			
〇〇〇			
その他			
第1希望	No.5	企画部市民協働課	9/4,11,18の3日間
第2希望	No.1	企画部企画情報課	8/8,9の2日間
第3希望	No.7	健康文化部生涯学習課	11/18,19,20の3日間

第1～3希望を記入してください。
 インターンシップ事業受入職場一覧表の
 ①No ②受入職場名 ③実施希望日
 3点を記入してください。
 申込者数によって第2希望や第3希望の部
 署になる場合がございます。
 単位等の都合により、複数の受入を希望
 する場合は、その旨も記入してください。

(大学等記入欄)

担当及び 連絡先	担当部署	大学等記入欄
	担当者氏名	
	住所	
	電話番号	
	F A X	
	E-mail	
インターンシップにおける単位 認定の有無		
インターンシップに向けた事前 学習の有無		
インターンシップ後の学生に対 する評価・評点の方法		

知多市長様

前記学生の知多市インターンシップへの参加を申し込みます。

大学等名

大学等記入欄

承認者名

※ 承認者とは学長等をいいます。

※ 申込書は返却しませんが、「知多市インターンシップ」以外の目的には、一切
利用しません。