

三原市長 様

(職名)

(氏名)

三原市インターンシップ申込書

三原市インターンシップ実施要領の遵守事項について同意するとともに、次の学生をインターンシップ実習生として推薦します。

| | | | | | | | |
|----------------------|------|-----------------------|--|-----|---|------------|-------------|
| 学 校 名 | | | | | | | |
| 学 部 学 科 名 | | | | | | 学 年 | 年 |
| フリガナ | | | | 性 別 | | 生 年 月 日 | 年 月 日 (歳) |
| 氏 名 | | | | | | | |
| 住 所 | | 〒 | | | | 電 話 | |
| メールアドレス | | | | | | | |
| 希 望 研 修 期 間 | 第1希望 | 月 | | 日 | ~ | 月 | 日 |
| | 第2希望 | 月 | | 日 | ~ | 月 | 日 |
| | 第3希望 | 月 | | 日 | ~ | 月 | 日 |
| 実 習 を 希 望 する 部 署 理 由 | 第1希望 | 希望部署 () | | | | | |
| | | 理 由 ----- ----- | | | | | |
| | 第2希望 | 希望部署 () | | | | | |
| | | 理 由 ----- ----- | | | | | |
| | 第3希望 | 希望部署 () | | | | | |
| | | 理 由 ----- ----- | | | | | |

氏名()

自己PR等を含め、三原市でのインターンシップを志望する理由等を記入してください。

将来の進路や就職に対する思いなどについて記入してください。

| | | | |
|------------|----------------|--------------|-----|
| 大学等担当課 | | 担当者名 | |
| 大学等所在地 | 〒 | 連絡先 TEL | |
| メールアドレス | | | |
| 傷害保険の加入の未済 | 未・済 | 損害賠償保険の加入の未済 | 未・済 |
| その他の特記事項 | ----- ----- | | |

記入例

(様式1)

年 月 日

三原市長 様

学校の代表者(後日、三原市と交
わす覚書に署名される方)の職
名・氏名を記入してください。

(職名)

(氏名)

三原市インターンシップ申込書

三原市インターンシップ実施要領の遵守事項について同意するとともに、次の学生をインターンシップ実習生として推薦します。

| | | | | | |
|-----------------------------------|---|------|--|-------------------|-----|
| 学 校 名 | 〇〇大学 | | | | |
| 学 部 学 科 名 | □□学部 △△学科 | | | 学年 | 3 年 |
| フリガナ | みはら たろう | 性別 | 生年月日 | 平成〇〇年 □月 □△日(20歳) | |
| 氏 名 | 三原 太郎 | | | | |
| 住 所 | 〒723-8601 三原市港町三丁目5番1号 | | 電話 | 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 | |
| メー ル | 三原市職員課からのメール (shokuin@city.mihara.hiroshima.jp)が受 信できるメールアドレスを記入してくださ い。 | | aaaa-bbb@ccc.ac.jp | | |
| 希望研修 期 間 | 希望 | 7月 | 20日 ~ | 7月 | 24日 |
| | 第2 希望 | 8月 | 1日 ~ | 8月 | 5日 |
| | 第3 希望 | 8月 | 20日 ~ | 8月 | 24日 |
| 実 習 を 希 望 す る 部 署 理 由 | 第1 希望 | 希望部署 | (〇〇課) | | |
| | | 理 由 | 〇〇〇〇に関心があり、～ ~~~~~ ~~~~~ ~~~~~ ~したい。 | | |
| | 第2 希望 | 希望部署 | (□□課) | | |
| | | 理 由 | ~~~~~ ~~~~~ ~~~~~ ~~~~~ | | |
| | 第3 希望 | 希望部署 | (△△課) | | |
| | | 理 由 | ~~~~~ ~~~~~ ~~~~~ ~~~~~ | | |

氏名()

自己PR等を含め、三原市でのインターンシップを志望する理由等を記入してください。

将来の進路や就職に対する思いなどについて記入してください。

| | | | |
|------------|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| 大学等担当課 | キャリア支援センター | 担当者名 | 筆影 桜 |
| 大学等所在地 | 〒 111-2222 三原市〇〇町123-4 | 連絡先 TEL | (1234) 56-1111 |
| メールアドレス | xxxxx-yyy@ccc.ac.jp | | |
| 傷害保険の加入の有無 | 未・ <input checked="" type="radio"/> | 損害賠償保険の加入の有無 | 未・ <input checked="" type="radio"/> |
| その他の事項 | 腰に持病があり、長時間の立ち仕事は困難なため、配慮いただきたい。 | | |