様式第1号（第3条関係）

幸手市保健師インターンシップ申込書

　幸手市長　宛

　（教育機関記入欄）

|  |
| --- |
| 　幸手市保健師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、下記学生をインターンシップ生として推薦します。教育機関名代表者職・氏名 |
| 推薦理由その他特記事項 |
| 担当者 | 所在地 |  |
| 部署等 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |
| 担当者名 |  |

　※教育機関代表者は理事長や学長等とする。

（学生記入欄）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　　　歳） |
| 教育機関名学部・学科・学年等 |  |
| 現住所 | 　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 緊急連絡先 | 住所 | 　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| 氏名 | 続柄 |
| 希望理由 |  |
| 希望期間 | 　　年　　月　　日から　　　年　　月　　日までのうち、　　日間 |