（様式第２号）

**恵那市インターンシップ事業エントリーシート**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **【本人記入欄】**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**年　　月　　日** | | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | 男・女 | | 学校名 |  | | （学年）  年 |
|  |
| 学部  学科 |  | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | |
| TEL | （自宅) | | | （携帯) | | | |
| E-mail |  | | | | | | |
| 帰省先 | 〒 | | | | | （出身県) | |
| 資　格 |  | | | | | | |
| 参加理由  ・  自己PR |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| 希　望 実習先 |  | | 希望  期間 | 年 　　月 　　日～ 　月 　　日 | | | |
| 希　望 実習内容 |  | | | | | | |
| 実習時の  通勤方法 | □公共交通機関　　□自家用車　　□自転車　　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 実習時の  滞在先 | □現住所　　　□帰省先　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **【学校記入欄】**※該当項目に□してください。 | | | | | | | |
| 学校担当者  連絡先 | （部署等)  （氏名） | | | （TEL) | | | |
| （fax） | | | |
| 保険加入 状況 | * 上記学生は、学校のインターンシップ保険に適用できる。 * 学校の保険は適用できません。（理由：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

※提出先　恵那市雇用対策協議会（恵那市役所内）　FAX 0573-26-2861　　TEL 0573-26-2111(394)