別記様式

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

新潟県福祉保健部長　様

医学生インターンシップ申込書

　　　　　　　　　　　　　 　（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　（大学名）

　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先）

　下記の学生がインターンシップ実習を希望しましたので、申し込みます。

記

【インターンシップ実習希望学生】

|  |  |
| --- | --- |
| 学生氏名（ふりがな） |  |
| 学部・学科・学年 | 　　　　　学部　　　　　学科　　　　年生 |
| 住　所 | 自宅住所 | 〒 |
| 帰省先(実家)住所 | 〒 |
| 連絡先 | 電　話 |  |
| メール |  |
| インターンシップを希望する理由 |  |
| 実習希望期間 |  |
| その他（連絡事項等） |  |

※　日程調整等のため連絡させていただくことがありますので、確実に連絡が取れる電話番号（携帯電話等）、E-mailアドレスを記入してください。