

社会福祉法人 一れつ会
「インターンシップ」参加申込書

申込日：平成 年 月 日

ふりがな		
氏 名	(性別：)	
現住所		
学校名・学部		
連絡先	電 話	
	メールアドレス	
参加希望	期 日	第1回 ・ 第2回 ・ 第3回 ※該当する項目に○をしてください。
	事業所名	
交通手段	電車 ・ 自家用車 ・ その他 ※該当する項目に○をしてください。	
宿泊	有 ・ 無 ※該当する項目に○をしてください。	
給 食	(アレルギーなどの食事配慮が必要な方は、ご記入ください)	

※1 道上駅からは送迎車をご用意しています。待ち合わせ時間は、申込後、ご連絡いたします。

社会福祉法人 一れつ会 法人本部
(担当者：重谷奈津希)
FAX：(084) 972-5549