**様式第２号**（第４条関係）

**横須賀市インターンシップ　エントリーシート（保健師コース用）**

横須賀市インターンシップ実施要領の遵守事項に同意し、インターンシップ実習生として申し込みます。

（記入日）令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **学校名及び****学部学科名** | （学年　　年生） | 顔写真貼付欄縦４ｃｍ横３ｃｍ |
| **氏名** | フリガナ氏名 |
| **生年月日** | 平成　　　　年　　　月　　　日　（満　　　歳） |
| **現住所** | （〒　　　―　　　　　）　　　 |
| **電話番号** | （　　　　）　　　― | 携帯等　（　　　）　　　　－ |
| **e-mail** | 　PC　　　　　　　　　＠　 | 携帯等　　　　　　　＠ |

|  |
| --- |
| **横須賀市インターンシップへの参加希望理由と自己PR** |
|  |
| **将来の進路や就職について、現在考えていること** |
|  |
| **希望する日程を１つ選び、〇をつけてください** |
|  | **内容** | **日程** |
| **保健師業務** | 1. 日程A 7月26日（水）～7月27日（木）　 9時～17時
 |  |
| 1. 日程B　 8月2日（水） ～8月3日（木）　　9時～17時
 |  |

【注意事項】

・エントリーシートは学生本人が記入し、在籍する教育機関の担当者から提出してください。

・エントリーシートはインターンシップの受入れ手続き以外には使用しません。

・受付後は、エントリーシートを含むすべての書類について一切返却しません。

・希望した内容で調整しますが、業務上の都合等により、全ての希望に添えない場合もあります。