

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			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、○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
	② 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。