

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 @	

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