

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4 c m 横3 c m
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 - m a i l	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、希望日程の右欄に○をつけてください			記入欄	（記入例）
①	日程 A	8月8日（木）～8月9日（金）	9時～17時	
②	日程 B	8月21日（水）～8月22日（木）	9時～17時	○
希望する分野の順に番号1～5を右欄に記入してください			記入欄	（記入例）
①	こども子育て関連に関すること			3
②	地域での介護予防・健康増進に関すること			2
③	感染症予防・支援、難病支援、こころ関連業務に関すること			5
④	国保特定健診・保健事業に関すること			1
⑤	災害時保健師活動に関すること			4

- 【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。