様式第1号（第6条第1項第1号関係）

江差町保健師インターンシップ事業受入申請書

年 月 日

江差町長 様

大学等名称

大学等所在地

代表者職氏名

印

江差町保健師インターンシップ事業の実習生として、下記のとおり申請します。

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名	(男・女)		() 歳
専攻学部 学科・学年		健康状態	良好・その他
住所（居住地）	〒 電話 () - 携帯 E-mail		
緊急連絡先 (保護者等)	住所 氏名 続柄() 電話		
希望理由			
希望期間	第1希望 年 月 日 () ~ 日 (日間) 第2希望 年 月 日 () ~ 日 (日間)		

※添付書類 実習を希望する学生の身分を証明するものの写し（学生証・自動車運転免許証等）