

様式第4号（第6条第2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（有資格者用）

年 月 日

江差町長 様

住所

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
資格取得状況	看護師・保健師・他 ()	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 申込者の身分を証明するものの写し（マイナンバーカード・自動車運転免許証等）
 保健師免許証の写し