中泊町　保健師インターンシップ申込書（郵送用）

令和　　年　　月　　日

氏名	（□男 ・ □女 ）			
氏名（カナ）				
生年月日	昭 ・ 平　　年　　月　　日生（満　　歳）			
区分	□保健師養成校在学中（学生）　・　□保健師有資格（学生・既卒）			
所属（学生）	**学校名**	**学部/研究科**	**学科/専攻**	**年次/課程**
所属（既卒者）	**所属**			
住所	〒			
電話	①		②	
E-mail				
体験希望日	第一希望　令和　年　月　日		第二希望　令和　年　月　日	
移動手段	□公共交通機関　・　□自家用車　・　□その他（　　）			

1　中泊町で職場体験を希望する理由

2　職場体験で学びたいこと

添付書類

□（学生）学生証の写し　□（学生以外）身分証の写し（免許証等）　□（有資格者）保健師免許証の写し

同意署名［　　］

□本申込において提出された個人情報については、本町において使用する場合があります。
□インターンシップに係る経費は、申込者の負担とします。
□インターンシップ中の事故等については、申込者の責任において処理していただきます。