中野区インターンシップ申込書（保健師実習コース専用）

　　　年　　　月　　　日

中野区長　あて

(職名)

(氏名)　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　中野区インターンシップ実施要綱の遵守事項について同意し、中野区インターンシップへ申し込むとともに、下記の学生を中野区インターンシップ実習生として推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦する学生の教育機関名･所属学部名・学科名･学年 |  |
| 学生氏名 |  |
| 実習コース | 保健師実習コース |
| 推薦理由等  その他特記事項 |  |
| 教育機関所在地 |  |
| 申込担当者所属・氏名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 担当者Eメール |  |

留意事項

※注１ 発信者は、原則として理事長や学長等、教育機関の代表者とします。但し、学部長等の職にある方が、代表者から委任を受け、この実習における責任者となる場合は代行していただくことも可能です。なお、発信者は、学生の受入れが決定し、協定書を締結する際に、教育機関側の締結者となっていただきます。

※注２ 印は必ず代表者の公印をご使用ください。

※注３ 「申込担当者所属・氏名」「連絡先電話番号」「担当者Eメール」は、中野区との調整の際に窓口となっていただく担当の方を記載してください。

※注４ 電子で作成される場合、文量の都合により申込書のページ数が増えても構いません。