令和７年度ふくしまで働く医療関連産業次世代人材育成事業

インターンシップ受入先申込書

２０２５年　月　日

**以下のとおり申し込みます。**

※　記載いただいた内容で学生に配布する受入企業リストを作成します。

１　企業概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 貴社名 |  | | | | |
| 代表者名 | 役職 |  | ふりがな | |  |
| 氏名 | |  |
| 受入担当者名 | 役職 |  | ふりがな | |  |
| 氏名 | |  |
| 連絡先 | 電話番号 |  | | | |
| E-mail |  | | | |
| 本社住所 | 〒 | | | | |
| 住所 | 〒  ※視察の受け入れを行う住所を記載してください。本社住所と同じ場合は記載不要です。 | | | | |
| 従業員数 |  | | | | |
| 事業内容 |  | | | | |
| 主な貴社製品・  技術 |  | | | | |
| 貴社の魅力・  特徴 |  | | | | |
| 企業紹介写真  （２枚程度） |  | | |  | |

２　インターンの概要（研修内容等）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 受入可能期間（９月１日（月）～９月２６日(金)） | | | | 受入可能人数 |
| 受入れ可能期間  （3～5日間程度） |  | 月　　日　～　　月　　日（　　日間） | | | 名 |
|  | 月　　日　～　　月　　日（　　日間） | | | 名 |
|  | 月　　日　～　　月　　日（　　日間） | | | 名 |
|  | 月　　日　～　　月　　日（　　日間） | | | 名 |
|  | 月　　日　～　　月　　日（　　日間） | | | 名 |
| 研修時間 | 時　　分　～　　　時　　分（休憩　　　時　　分　～　　　時　　分） | | | | |
| 時間外研修 | 有　（　　　時　　分　～　　　時　　分）・　　無 | | | | |
| 総研修時間 | １日あたり | | 時間 × 　日間 ＝　　時間 | 時間 ×　日間 ＝ 　　時間 | |
| 研修内容  （予定） | 日程 | | 研修内容の概要（　　日間） | 研修内容の概要（５日間） | |
| １日目 | |  |  | |
| ２日目 | |  |  | |
| ３日目 | |  |  | |
| ４日目 | |  |  | |
| ５日目 | |  |  | |

研修内容の例：５日間  
１日目：会社・製品紹介、見学  
２日目：組立業務体験  
３日目：品質管理・検査業務体験  
４日目：若手社員との交流、職場紹介  
５日目：まとめ・フィードバック　など