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

インターンシップコース申込書

年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 本人画像貼付欄（縦５cm×横４cm）（上半身、無帽、無背景、３ヶ月以内に撮影したものを貼付） |
|  |
| 性　別 | 男　・　女　・　その他　・　回答しない |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 現住所 | 〒 |
| 実家の住所（出身地） | 〒 |
| 連絡先 | 携帯電話 |  |
| E-mail |  |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 関係 |  |
| 電話番号 |  |
| 学校・学年等 | ※学校名、学部、学科、学年、研究室を記入。 |
| 担当教員名 |  |
| 担当教員E-mail | 　　　　　　　　　　　＠ |
| 研究課題又は得意科目 |  |
| 免許・資格 |  |
| 勉強以外で力を入れていること |  |
| 自己ＰＲ |  |

裏面へ

【希望インターンシップ先】※可能な限り第三希望まで記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 第一希望企業名 | ※受入期間が複数ある場合は希望日程の番号→【　　　】※受入期間が調整可の企業の場合は希望する日程→【　/　（　）～　/　（　）】 |
| 希望理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 第二希望企業名 | ※受入期間が複数ある場合は希望日程の番号→【　　　】※受入期間が調整可の企業の場合は希望する日程→【　/　（　）～　/　（　）】 |
| 希望理由 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 第三希望企業名 | ※受入期間が複数ある場合は希望日程の番号→【　　　】※受入期間が調整可の企業の場合は希望する日程→【　/　（　）～　/　（　）】 |
| 希望理由 |  |

【助成を受ける経費】

助成対象となる経費について、インターンシップ先決定後速やかに予約状況や要する金額について別紙「経費確認書」に記載のうえ提出してください。