

青葉区地域子育て支援拠点 ラフル

＜ 学生の実習・インターン ＞



申込日： 年 月 日

氏 名									
住 所	〒								
	TEL:	FAX:							
	Eメール								
学 校 名									
学 校 連 絡 先	TEL:	携 帯:							
実習の目的・動機									
この実習で 学びたい事柄									
面談希望日時 (第2希望までご記入下さい)	第1希望	年	月	日()	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日()	時	分	～	時	分
決定日時 (後日担当よりご連絡します)									