青葉区地域子育て支援拠点ラフール
〈学生実習・インターンシップ申込書〉

申込日：　　年　　月　　日

氏名	
住所・連絡先	〒
	TEL：　　FAX：
	Eメール
学校名	
学校連絡先	TEL：　　携帯：
ラフールを知ったきっかけ	
実習・インターンシップの目的	
希望する日数	
希望日時 （第２希望までご記入下さい）	第１希望　　年　　月　　日（　）　　：　～　　：
	第２希望　　年　　月　　日（　）　　：　～　　：
決定日時 **（後日担当者より連絡いたします）**	

青葉区地域子育て支援拠点ラフール（青葉台）TEL:045-981-3306　FAX:045-981-3307　https://lafull.net
青葉区地域子育て支援拠点ラフールサテライト（市ケ尾）TEL:045-979-1360　FAX:045-979-1361