

インターンシップ申込書 (公益社団法人神戸市獣医師会あて)

ふりがな			生年月日	西暦	年	月	日
氏名			年齢	歳 ※申込日現在			
			性別(いずれかの選択肢をチェック)	男	女	無回答	
現住所	〒						
電子メールアドレス	携帯			※本会から連絡する際に使用するメールアドレスにチェック記入 (左側の欄)			
	PC						
電話番号	携帯						
学校 (最終学歴)	校名						
	所在地						
	学科・コース						
在校生・卒業生の別 ○在校生の場合 学年と卒業見込み年月を記入 ○卒業生の場合 卒業年月日と学校名を記入 勤務中は、現在の勤務先名及び所在地(市区名、町名まで)を記入 勤務中以外はその他欄に状況記入	在校生	年生	卒業予定	西暦	年	月	
	卒業生	西暦	年	月	卒業	卒業した学校名	
		勤務中	勤務先				その他
		所在地					
インターンシップ 受入希望日 (7月28日(金)~8月28日(月) のうち連続する3日間)	第1希望	月	日	()	~	月	日 ()
	第2希望	月	日	()	~	月	日 ()
	第3希望	月	日	()	~	月	日 ()
犬猫等の動物アレルギーや喘息等の呼吸器疾患の有無	有り	<input type="checkbox"/>	無し	<input type="checkbox"/>	不明	<input type="checkbox"/>	※いずれかの選択肢をチェック
現在取得している資格 (名称、取得年月日)							
本会インターンシップに応募いただいた理由 (300字以内)							
自己PR (300字以内)							
インターンシップに関する要望事項 (200字以内)							

【お知らせ】

- ① お申込みいただいたインターンシップ申込書は返却しません。
- ② 個人情報については、本インターンシップ以外の目的で使用しません。
- ② 本年10月末までに、本会が責任をもってインターンシップ申込書を消去し、印刷した帳票は細切して廃棄処理を行います。