

太枠内をご記入ください

インターンシップ参加者カード		申込み日	年 月 日	
ふりがな 氏名	男	インターンシップ 希望日	第1希望	月 日 () 時 ~ 時
	女		第2希望	月 日 () 時 ~ 時
生年月日 (西暦)	年 月 日 歳	奨学金希望	あり ・ なし	
出身校				修業期間 年
	専修学校 通信制	短期大学 夜間部	高等学校 その他	卒業年 (西暦) 見込み可
	学生の場合	現	年生	既卒者 学生
既卒者	調理師免許取得年	年	実務経験	あり 年 ヶ月 ・ 無
現住所	〒			
携帯Tel			自宅Tel	
実家住所 現住所と 異なる場合	〒			
得意分野	日本料理 西洋料理 中国料理	パストリー	得意料理	
病院見学にあたり当院ホームページはご覧になりましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ				
「はい」とお答えの方にお尋ねします。ホームページで参考になったものは何でしたか？				
事前に知りたいことがありましたら教えて下さい。				
事務局使用欄				
受入れ日	月 日 ()		時 分 ~	時 分
担当者			昼食手配	月 日 済
宿泊希望	あり ・ なし		総務課へ手配	月 日
備考				