

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
	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)	既卒者	年卒
	学生の場合	現	年生	見込み可	学生	年3月卒業見込み
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	ペストリー	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						