令和　　年　　月　　日

茨城県職業能力開発協会 会長　殿

　(Fax:029-226-4705 ,E-mail: kunren@ibaraki-vada.com)

ジュニア技能インターンシップ申込書

学校名:

学校長:

担 当 者:

電話番号:

ＦＡＸ番号:

E-mail:

ジュニア技能インターンシップを以下のように申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望№(リストから選択）/事業所等名 | (第1希望) No.　－　－　　/事業所等名: |
| (第2希望) No.　－　－　　/事業所等名: |
| 実習期間 | (第1希望)令和　 年　 月　 日 から　　月　 日 まで　　　日間 |
| (第2希望)令和　 年　 月　 日 から　　月　 日 まで　　　日間 |
| (ふりがな) | (1)  | (2)  |
| 参加生徒氏名 |  |  |
| 性別・学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 |
| 住所(市町村名のみ) |  |  |
| 最 寄 り 駅 |  |  |
| (ふりがな) | (3)  | (4)  |
| 参加生徒氏名 |  |  |
| 性別・学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 | （男 ・ 女）　　　 学年 |
| 住所(市町村名のみ) |  |  |
| 最 寄 り 駅 |  |  |

注1)希望する事業所等が複数あるときは、希望ごとに申込書を作成ください。

希望No.及び事業所等名は以下のURLを参照してください。

https://ib-syokkyo.com/home/intern

注2)参加生徒氏名欄が不足する場合は、この様式をコピーして使用してください。

【協会からのお願い】当協会担当者が、実習中に写真・ビデオ撮影すること、及び当該データを各種広報物（ホームページ等への掲載を含む）に使用する場合がありますので、ご同意いただきます。