

白川村保健師インターンシップ（職場体験）申込書

ふりがな		連絡のつく 電話番号 (携帯電話)	
氏名			
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
連絡のつく メールアドレス			
住所	〒 ー 在学中一人暮らしの方はご出身県を記載願います。		県
学校名			
学年	回生（年生）	卒業見込み年月	令和 年 3 月
～大学の学外地域保健実習について～			
実習期間		実習場所 (例：〇〇保健所、△△保健センター)	
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日			
～白川村のインターンシップに参加しようと思った理由～		～他での参加状況～ ・参加なし ・病院（ ） ・企業（ ） ・自治体（ ）	
～体験したいこと～		～来村時の交通手段～ ・高速バス (⇒) ・自家用車 () ・電車 ()	
～質問等あればご記入ください～			
※白川村記載欄	総務課承認	村民課承認	

※記載していただいた個人情報は、保健師インターンシップ以外には使用いたしません。