

花ノ木インターンシップ〔介護〕申込書

社会福祉法人 花ノ木
花ノ木医療福祉センター

ふりがな		平成 年 月 日 申込
お名前		/
性別	男 ・ 女	
生年月日	年 月 日 生	
年齢	歳	
学校名		
学部		
学科		
学年		
卒業（予定）年		
ご住所	〒 -	
	府県 市 町	
	番地	
お電話番号	- -	携帯電話も可（日中の連絡先）
メールアドレス		携帯のアドレスも可
メールアドレス確認用		

インターンシップ第1希望日	月 日
インターンシップ第2希望日	月 日
インターンシップ第3希望日	月 日

※申込先（「インターンシップ申込み」と明記してください。）		
社会福祉法人 花ノ木 花ノ木医療福祉センター	TEL 0771 - 23 - 0701(代)	FAX 0771 - 22 - 8348
〒621-0018 京都府亀岡市大井町 小金岐北浦37-1	URL : http://www.hananoki-kameoka.or.jp/index.html	
	E-mail : hananoki@chive.ocn.ne.jp	

*1 希望者は、申込書に記入の上、郵送または上記メールアドレスあて送信してください。