　　一掌堂治療院 インターンシップ応募票／プレ・インターンシップ応募票

※応募する制度および該当する学科に☑を入れてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 応募する制度 | | * インターンシップ　　□ プレ・インターンシップ | | | | |  | 写真  3.5×2.5cm |
| ふりがな | |  | | | | 性別 |  |
| 氏名 | |  | | | | 男・女 |  |
| 学校名 | |  | | | | |  |
|  |  |
| 学部・学科 | | □ 本科　　　　　□ 専科 | | | | | | |
| 学年 | | 年　　（H28年4月現在） | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生　（満　　　歳） | | | | | | |
| ふりがな | |  | | | | | | |
| 現住所 | | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | |  | | 携帯電話 |  | | | |
| E-mail | |  | | | | | | |
| 年 | 月 | | 学歴・職歴 | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | | | | |
| 応募動機 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |