　　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 |
|  |