【様式 A-1】

堺・南大阪地域インターンシップ推進協議会行
Email：info@sakai-keikyo.org
お問合せ：TEL：072−226−2611　　FAX：072−226−2633

平成 30 年度インターンシップ受入れ申込書

企　業　団　体　名	（ふりがな　　）		
所　　在　　地	〒 実習地（　　）		
代表者職氏名	（ふりがな　　）		
受入部署名		担当者職氏名	職名： 氏名：
Ｔ　Ｅ　Ｌ	（　　）　　―	ＦＡＸ	（　　）　　―
E-mail			
事業内容		従業員数：　　名	

※ご提出いただいた情報は、インターンシップ実習生募集のためホームページに公開する予定ですので、ご了承お願いいたします。
※また、ご提出いただいた情報は、本事業の実施の目的にのみ使用させて頂きます。