茨城県常陸大宮市 保健師インターンシップ
参加申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男女 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日　　（　　　　歳） |
| 学校名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　学年） |
| 現住所及び電　話　番　号 | 〒 |
|  |
| 連絡先（上記と異なる場合に記載） | 〒 |
|  |
| E－mail　アドレス |  |
| インターンシップの志望動機 |  |
| 参加希望日 | 第1希望　　　　　月　　　日（　　　）第2希望　　　　　月　　　日（　　　） |
| \*参加決定日 | 令和　７　年　　　月　　　日（　　　） |

　　\*欄については、常陸大宮市で記載します。

　　**参加日が決定しましたら、記載のメールアドレスへご連絡いたします。**

茨城県常陸大宮市 保健師インターンシップ に参加するにあたり、以下の

事項について遵守願います。

□　実習期間中は、常陸大宮市職員の指示に従い、実習に専念します。

□　法令等及び常陸大宮市の服務規程を遵守し、常陸大宮市の職務の信用を

傷つけ、又は不名誉となる行為はしません。

□　実習により知り得た情報及び秘密を実習中及び実習終了後において一切

漏らしません。