高知職業能力開発短期大学校

インターンシップ申込書

高知県香南市野市町西野1595-1　TEL　0887－56－4100　FAX　0887－56－4130

申　込　日	令和　　年　　月　　日

事業所名		従業員数	全体　　名
業種			
所在地	〒　　－		
	TEL　　FAX　　（　　）		
	E－mail		
実習所となる場所（同上の場合不要）	〒　　－		
	TEL　　FAX　　（　　）		
代表者名			
申込担当者名		所属部署	

専攻	・生産技術科　（１年生・２年生）　・電子情報技術科　（１年生・２年生）　・科不問　（１年生・２年生）　**（該当に○印）**
希望人数	
実施期間	
始業～終業	
休憩時間	
インターンシップ実習内容	
持参するもの	
駐車場	
休憩所・食堂など	
ロッカー等	
服装	
その他	

当機構の保有個人情報保護方針、利用目的

※　独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構は「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」（平成１５年法律第５９号）を遵守し、保有個人情報を適切に管理し、個人の権利利益を保護いたします。当機構では、必要な個人情報を利用目的の範囲内で利用させていただきます。