

令和6年度  
 大阪市舞洲障がい者スポーツセンター  
 インターンシップ実習等 申込書

学校名	
学校住所	〒
代表者名	
担当者名	
連絡先	TEL: <span style="float: right;">FAX:</span>
	E-mail:

実習希望者について

お名前(ふりがな)	
学部および学科	(      年生)
連絡先	TEL: <span style="float: right;">E-mail:</span>
	第1希望:
希望期間	第2希望:
	第3希望:
希望動機	
今後の連絡について	担当者 (      )    本人 (      )    ※希望する方に○を記入

【申込先】

大阪市舞洲障がい者スポーツセンター  
 〒554-0041 大阪市此花区北港白津2-1-46  
 TEL:06-6465-8200    FAX:06-6465-8207  
 Mail:amity-v@fukspo.org 《実習担当宛て》