

大阪市長居障がい者スポーツセンター  
2020年度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: _____ FAX: _____
	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: _____ E-mail: _____
希望期間	第1希望:
	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○を記入してください

【申込先】

大阪市長居障がい者スポーツセンター  
〒546-0034 大阪市東住吉区长居公園1-32  
TEL:06-6697-8681 FAX:06-6697-8613