大阪市長居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

■所属大学等概要

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

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（　　） ※希望する方に〇を記入してください