

令和7年度大津市インターンシップ実習生推薦書(保健師)

令和7年 月 日

(あて先)大津市長

教育機関名

代表者の職名・氏名

印

(担当者)

所 属

氏 名

所 在 地

電 話 番 号

F A X

E - m a i l

大津市インターンシップ実施要領第5条第2項に基づき、下記の学生を推薦します。

ふりがな				<写真貼付欄> 縦4cm×横3cm
氏名				
生年月日				
学部		学 年		
学科				
住所	〒			
自宅電話番号		携帯電話		
E - m a i l				

令和7年度大津市インターンシップ実習生推薦書(保健師)

志 望 理 由	<p>※次の4項目について御記入ください</p> <p>(1)専攻内容を含む自己紹介</p> <p>(2)大津市での実習を希望する理由</p> <p>(3)実習したい内容</p>
8・9月に実習に従事できない日があれば、その日と理由をご記入ください。	