**「インバウンド需要に対応したＭＩＣＥ・地方観光人材の育成プログラム」**

関西学院大学　文部科学省 高度専門職業人養成機能強化促進委託事業

**インターンシップ受講希望票**

**■希望区分　　どちらかに レ を入れてください。**

**□ 個人で受講を希望　　　 □ 所属先の研修として受講を希望**

**■　本学卒業生の方は右のボックスに　レ　を入れて下さい。　　　　　□本学の大学/大学院の卒業生**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | 印  写真貼付欄  1. 縦 ４cm×横 ３cm  2. 正面　上半身  脱帽　背景なし  3. 裏面にのりづけ  4. 裏面に氏名記入  （デジタルカメラ、携帯・  　スマホ撮影画像データの  　貼り付けで結構です） |
| **氏　 名** |  | |  |
| **生年月日** | １９　 年　　　月　　　日（満　　　歳） | 性別 | 男・女 |
| **貴院・貴社名** | 個人で受講を希望される方もご記入ください。 | | |
| **所属・役職** | 個人で受講を希望される方もご記入ください。 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | | |
| **現住所** | 個人受講の方はご自宅住所、電話を、所属先としての受講の方は所属先の住所、電話をご記入ください。  〒 | | |
| **ふりがな** |  | | |
| **送付先住所** | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　同上 | | |
| **ＴＥＬ** | （　　　　　） | **携帯電話** |  |
| **ＦＡＸ** | （　　　　　） | **日中連絡先** |  |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  | | |

※メールアドレスはファイルを添付する場合がありますので、パソコンのアドレスをご記入ください（携帯のアドレスはご遠慮ください）。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **最終学歴　　（中退を含む）** | □大学院 □大学 □短大 □専修・専門学校 □高校  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | **年　　　　月** |
| □卒業　　□中退 |
| **学校名** | 高校を除き、学部。学科名までご記入ください。 | |
| **保有資格** |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **年月（西暦）** | **職 　歴 (経験した仕事の内容がわかるようにご記入ください。)** |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |
| 年　　月 |  |

**■志望動機**

|  |
| --- |
|  |

**■本プログラムについてのご要望等**

|  |
| --- |
|  |

【個人情報のお取扱いについて】

　本学では、個人情報の保護に努めております。なお、ご記入いただきましたお客様の個人情報は、本プログラムに関する確認・連絡ならびに本学主催の催し以外には一切、使用いたしません。



**関西学院大学**

事務局受領日

事務局通信欄