

インターンシップ受け入れ票

概	フリガナ	創立	年 月	
	名 称 [代表者]	系列		
		資本金		
		年商		
		株式		
	本社所在地 [TEL:] [FAX:] 〒 -			
要	部署・氏名 [Email:]			
	求める生徒の履修コース ※ 該当するものに✓印をつけてください			
	<input type="checkbox"/> 動物看護 <input type="checkbox"/> ペット美容 <input type="checkbox"/> ドッグトレーニング			
	業 種	従 業 員		
	事業内容 ※ 該当するものに✓印をつけてください <input type="checkbox"/> 生体販売 <input type="checkbox"/> ペット美容・サロン <input type="checkbox"/> 動物病院 <input type="checkbox"/> ドッグトレーニング <input type="checkbox"/> 動物飼育員 <input type="checkbox"/> 水族館 その他()		男	女
	従業員数	名	名	名
	労働組合 : 有 ・ 無			
受 入 条 件	通勤方法	車・バイク・自転車・公共交通機関		勤 務 地
	宿泊地			
	期 間	1週間 ・ 2週間 ・ それ以外		休 日
	時 間	: ~ :		人 数
	その他			