倉敷市インターンシップ　推薦書

令和　　年　　月　　日

倉敷市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　 教育機関名

 代表者　職名・氏名

倉敷市インターンシップに関する遵守事項に同意し、下記の学生を貴市インターンシップ実習生として推薦します。

記

１　実習を希望する学生について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　氏　名 | 学年 | 学部学科名・専攻等 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　教育機関インターンシップ担当者について

|  |  |
| --- | --- |
| 部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 教育機関所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | E-mail |  |

※　代表者は、本インターンシップに関する覚書の締結権限を有する者（法人理事長又は学長）又は委任を受けた者（学部長等）とします。

※　推薦する各学生から提出された【様式２】参加申込書及び【様式３】誓約書を併せてご提出ください。