**ビレッジプライド邑南 インターンシップ申込書**

記入日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ﾌﾘｶﾞﾅ** |  | | | | **性別** | | | **生年月日** |
| **氏名** |  | | | | 男　女　その他 | | | 年　　月　　日  （満　　　歳） |
| **現住所** | 〒 |  | － |  | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 携帯電話 | |  | | | 自宅電話 |  | |
| **メール**  **アドレス** | ＠ | | | | | | | |
| **緊急連絡** | 緊急連絡先（続柄） | |  | | | （　　　　　） | | |
| **所属** |  | | | | | | | |
| **運転免許** | 有（AT限定　MT　その他（　　　　　　　　））　　・　無 | | | | | | | |
| **取得資格**（例）語学〔TOEIC （点）〕 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **インターンシップの内容について** | | | | | | | | |
| **○希望するインターンシップ内容**(ここに行きたい、こんなことが体験したい　など、抽象的な内容でも結構です)   |  | | --- | |  |   **○インターンシップ希望日時**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **年** | **月** | **日** | **〜** | **年** | **月** | **日** |   **○送迎の必要**   |  |  | | --- | --- | | **あり** | **なし（自分で移動等を行う）** |   **○宿泊先「邑南サテライトスタジオ」の利用**   |  |  | | --- | --- | | **利用する** | **利用しない（自分で宿泊先を用意する）** |   **○保険の加入について**  ビレッジプライド邑南では、インターンシップに参加するにあたって、**傷害保険**と**賠償責任保険**への加入を義務付けています。   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **保険加入済みである** | **保険加入を予定している** | **保険について説明を聞きたい** | | | | | | | | | |

**○なぜインターンシップに参加しようとしたか（Why？）**

|  |
| --- |
|  |

**○インターンシップでどんなことを達成したいか（What？）**

|  |
| --- |
|  |

**○目標達成のために、インターンシップ中に何をしたいか（How？）**

|  |
| --- |
|  |

**○その他、自己ＰＲ**

|  |
| --- |
|  |

＜個人情報の扱いについて＞

お申し込みいただいた方の個人情報については、インターンシップ内容の充実を図るために利用します。下記の場合を除きお客様の情報を第三者に提供することはいたしません。

１．あらかじめご本人の同意がある場合

２．人の生命、身体又は財産の保護に必要な場合でご本人の同意を得ることが困難な場合

３．インターンシップ先へ受け入れ依頼を行う場合

４．大学等へ報告する場合

ただし、ご意向によって、人数だけといった可能な限り個人情報を伏せるなどの対応をさせていただきます。

なお、お預かりした個人情報が不正確である場合には、インターンシップを受けることができかねますので、正確なものに変更させていただきます。また、預かった個人データの開示・訂正・追加・削除、または利用の停止、消去、第三者への提供の停止等をご希望の方は、必要な手続きについてご案内いたしますので、お申出ください。【個人情報に関するお問い合わせ】一般社団法人地域商社ビレッジプライド邑南TEL 0855-97-8566 FAX 0855-97-8567

《お問い合わせ》

一般社団法人地域商社ビレッジプライド邑南

〒696-0104島根県邑智郡邑南町日和237-1

TEL/0855-97-8566　FAX/0855-97-8567

Mail/ohnan.intern.vp@gmail.com

担当/川久保・小林