

浦添市立図書館 職場体験(インターンシップ)申込書

浦添市立図書館長 殿

下記のとおり職場体験を申込みいたします。

学 校 名	中学校・高校		
学 年			
人 数	男 名 / 女 名 (計 名)		
希 望 日 時	事前訪問日：	月 日 (曜日)	： ～
	体 験 日：		
	第1希望日	月 日 (曜日) ～	月 日 (曜日)
	第2希望日	月 日 (曜日) ～	月 日 (曜日)
その他、希望することなど			
連絡先 (TEL/FAX)		TEL :	FAX :
担 当 者 名			

※月曜日を除く平日でお願い致します。

(7月～8月、11月、2月～3月は多忙期のため調整が必要です)

※人数は2名を基本として受け入れておりますが、場合によっては調整可能です。

回 答

平成 年 月 日

- 上記の内容で受入れ可能です。
 下記のとおり調整が必要です。再度ご検討下さい。

[]

浦添市立図書館
 職場体験受入担当
 TEL 876-4946
 FAX 875-1772