

平成29年度 福島大学単位認定型インターンシップ 学生カード

事業所名				(写真貼付) ヨコ3cm× タテ4cm				
学類・学年	学類		年					
ふりがな 氏名								
生年月日	平成	年	月		日生	性別	男	・
本人現住所	〒							
	携帯電話番号							
趣味や特技、サークル活動等								
パソコンスキル (該当するものに○を付ける)	Word	①文字を入力し編集できる		②この様式を作成することができる				
	Excel	①四則計算をすることができる		②関数を用い、集計や平均等統計処理ができる				
緊急連絡先 (保護者等)	氏名							
	住所	〒						
	電話番号							
大学連絡先	福島大学教務課実習担当 電話番号:024-549-0061 E-mail:k-intern@adb.fukushima-u.ac.jp							
<志望理由>								