

大牟田市立図書館

職場体験・インターンシップ申込書

日時	年 月 日(曜日) ~ 月 日(曜日)		
	午前 時 分 ~ 午後 時 分		
学校名			
学年	年	人数	人
連絡先	ふりがな		
	氏名:		
	TEL:		
	FAX:		

上記のとおり、職場体験・インターンシップを申し込みます。

申込日 : 年 月 日

※日時は、ご希望に添えない場合があります。ご了承ください。

※人数は 3人まで、日数は 3日まで、曜日は火曜日～金曜日でお願いします。

※申込書に記入された個人情報は申し込みのために使用し、それ以外の目的に使用することはありません。

※受付の可否は図書館より電話連絡いたします。1週間を過ぎても電話がない場合は、再度ご連絡ください。

大牟田市立図書館

電話:(0944)55-4504 FAX:(0944)43-1167

※図書館記入欄

受付日		受付者	
備考	生徒からの連絡日時: 事前打ち合わせ日時:		