

申込日 令和 年 月 日

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月の夏休み期間、9月～11月、2～3月は多忙期のため調整が必要です)

※受け入れ人数は2名です。

回 答

令和 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