公益社団法人全国公立文化施設協会 行

平成　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者： |  |  |
| 所在地： |  |  |
| 代表者職名： |  | 印 |

平成29年度「劇場・音楽堂等スタッフ交流研修事業(国内交流研修)」申込書

1. インターン生（該当の□にチェックを入れ、下欄に必要事項を記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  　名 | [ ]  未定 |
| 学生氏名 | 学部・学科名 | 専攻 | 学年 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. 派遣先（該当の□にチェックを入れ、右欄に必要事項を記載してください。）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  決定済 | 施設名： |
| 担当者氏名： | 部署名： |
| 電話： | E-Mail： |
| [ ]  希望あり | 施設名： |
| [ ]  未定 |  |

1. 派遣期間（該当の□にチェックを入れ、下欄に学生氏名と、決定済の場合は派遣期間を、希望ありの場合は希望期間を記載してください。連続した日程でない場合は、日程を列挙するか、期間内の除外日を記載してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  決定済 | [ ]  希望あり | [ ]  未定 |
| 学生氏名 | 派遣期間（派遣希望期間） |
|  | 平成　　年　　月　　日（　）～ 平成　　年　　月　　日（　）　計　　日間 |
|  | 平成　　年　　月　　日（　）～ 平成　　年　　月　　日（　）　計　　日間 |
|  | 平成　　年　　月　　日（　）～ 平成　　年　　月　　日（　）　計　　日間 |

1. 担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名 | 部署名： |
| 電話： | E-Mail： |

1. 研修目的

|  |
| --- |
|  |

1. 研修内容（具体的に記載してください。）

|  |
| --- |
|  |