

FAX:022-291-5856

仙台医健専門学校

（貴社名）

インターンシップ募集要項

貴社名フリガナ	
貴社名	
貴社 URL	
貴社所在地	
事業概要	
業務内容	
ご担当者様	
所属	
TEL・FAX	
e-mail	

受入れ場所・所在地	
実習期間	年 月 日～ 年 月 日
実習時間	時 分～ 時 分（休憩 時間）
実習内容（別紙添付可）	

手当の有無	有り <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> その他
	無し

受入条件／学科・専攻・学年	
受入条件／スキル・適正	
受入条件／人物像・性格	
選考方法（選考日程）	
応募方法	
申込締切日	

Memo	
------	--