

実践型インターンシップ 登録書

事務局使用欄

受付日

備考

**申込日：　　　　年　　月　　　日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ**氏名：** | **男性・女性**＊○を付ける | **生年月日**（満 　 　才）西暦　　　　　年 　　月　　　日 |
| **現住所：**〒　 　　―　　　　　 　ﾌﾘｶﾞﾅ | 自宅最寄駅：通勤方法：事務所までの所要時間： |
| **連絡先****携帯番号：****携帯アドレス：** | **Ｅメール：**＊PCのメールアドレスをご記入下さい。事務局からの連絡等に使われます。 |
| **所属先（勤務先／学校名・学年・専攻）：** | **資格 ：** |
| **希望団体／企業** |
| **希望業務　(当会HP内、「募集中のインターン」の仕事内容を転載下さい。)**  |
| **希望期間**2016年　　 月　　　　日 　～　　　　月　　　　日**希望勤務日**＊○を付ける学期中　（　月　火　水　木　金　）　　　休暇中（　月　火　水　木　金　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **ボランティア経験/取り組んでいる活動** |
| **参加志望動機** |
| **あなたはどのようにインターン受入れ先に貢献できますか？** あなたのこれまでの経験に触れながら記述してください。 |
| **とちぎユースサポーターズネットワーク(コーディネート団体)への要望や期待** |

**◆あなたのコンピュータースキルについて教えてください。**

|  |  |
| --- | --- |
| ○PCの入力速度について（該当するものを■にする） | □ブラインドタッチが出来る□業務に支障がきたさない程度の入力速度はある（過去の経験上）□入力には自信がない（余りワープロ作業をしたことがない） |
| ○ソフトウェアの使用レベル（ワード） | ◆過去にどのようなシーンでワードを活用したことがありますか？具体的業務内容や、作成した書類などについてお書きください。 |
| ○ソフトウェアの使用レベルについて（エクセル）（それぞれの機能に関して、選択肢□から、自身のレベルを選んで下さい。） | ◆グラフの作成□データの意図にあわせて、自由にグラフを作成することができる□ある程度定型的なグラフ作成はできる□簡単なグラフ作成を数回行った程度□経験なし◆計算式を作成（以下から複数回答可）　 □関数を使って複雑な計算式でも自由に作成することができる　 □ワークシート内で、＋－×÷を用いた通常の計算式を作成できる　 □合計の値を出す程度　 □経験なし |
| ○ソフトウェアの使用レベルについて（エクセル）（それぞれの機能に関して、選択肢□から、自身のレベルを選んで下さい。）○ソフトウェアの使用レベルについて（パワーポイント） | ◆エクセルを主にどのようなシーンで活用したことがありますか？　具体的業務内容や、作成した書類などについてお書きください。 |
| ◆過去にどのようなシーンでパワーポイントを活用したことがありますか？具体的業務内容や、作成した書類などについてお書きください。 |
| ○WEB製作について | □使ったことがない□ソフトを使ってホームページを作った経験がある（ソフト名：　　　　　　　　）　　□HTMLのタグを使ったホームページ製作経験がある□実際に自分でホームページを運営している　（アドレス；　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ○その他、扱えるアプリケーション・プログラム（編集・デザイン等） | （　　　　　　　　）□使いこなせる　□普通　□授業で習った程度（　　　　　　　　　）□使いこなせる　□普通　□授業で習った程度（　　　　　　　　　）□使いこなせる　□普通　□授業で習った程度 |
| ○データベース、ネットワーク等について | ◆過去にどのようなシーンでデータベース、ネットワークを活用したことがありますか？具体的内容などについてお書きください。 |
| ○その他　（自由記述） |  |
|  |  |

健康状況自己報告書

特定非営利活動法人とちぎユースサポーターズネットワーク　代表理事岩井俊宗殿

１．名前

　　（姓）　　　　　　　　　　　　　（名）

２．最後に医師の診断を受けた時期及び内容

 　 時期：

 内容：

３．過去５年の間にかかった病気・持病・怪我

 病気：

　　持病：

　　怪我：

４．過去２年以内の入院

　　入院歴：　　有　　・　　無

　　入院理由：

５．　精神的、情緒的又は神経性の疾患（不安障害、鬱病、注意欠陥障害（ADD)、注意欠陥多動障害（ADHD）、

摂食障害等含む）のための精神科医の診療又は治療

 診療又は治療歴：　有　　・　　無

（注）有の場合は、その内容を自己で説明したものと親展扱いの精神科医又は治療師の報告書を添付してください。

６．現在、アレルギー症がある場合、その詳細を記入：

　　種類：

　　内容：

７．現在、医師の指示による薬物治療をうけている場合、その詳細を記入：

　　種類：

　　内容：

８．現在、食事制限を受けている場合、その詳細を記入：

　　種類：

　　内容：

　申告書の記載事項のとおり相違ありません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者署名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　署名年月日 　　　　　　　年　　　月　　　日