様式第1号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

島根県中小企業団体中央会

　　　　会長　杉谷　雅祥　様

　　　　　　　　　　　　　 住 所：

社 名：

代表者職・氏名：　　　　　　　　　　　　　印

貴会が実施される大学生等のＩＴ技能習得促進インターンシップの受入に下記により協力します。

　　　記

（１）窓口ご担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 部署 |  |
| 役職名 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 住所 |  |
| e-mail |  |
| 電話 |  |
| ファクシミリ |  |

（２）インターンシップの概要

|  |  |
| --- | --- |
| 募集人数 |  |
| 実施時期 | 　　　　月　　日　　～　　　　月　　　　日 |
| 実習日数　※15日以上 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 対象学生　※該当に○ | 大学院生　・　大学生　・　高等専門学校生　・　専門学校生 |
| 対象学年　※該当に○ | 　　　　特に制限なし　　・　　あり（　　　　　　　　　　） |
| 希望する学生像・スキル等 | ①性格など学生像　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　②スキル・資格等の条件使用可能言語（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）資格等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 事業所として可能な待遇 | 有給雇用可　　（時給　　　　円）その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　 |
| 今後の新卒採用予定 | あり・なし |
| 実習内容　※どのような実習を行うのか、具体的に記載してください。 |  |
| 自動車通勤の可否 |  |
| 傷害保険 |  |
| その他特記事項 |  |