

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	