

新潟県十日町市地方創生インターンシップ（新潟県内学生向け） 参加申込書

「参加申込書」と「学生証の写し」を下記までご提出ください。

〒948-8501 新潟県十日町市千歳町3丁目3番地 十日町市役所企画政策課（地方創生インターンシップ担当）

※書類提出後、10日以内に選考結果についてご連絡差し上げます。

ふりがな			
氏名			
現住所			
出身地 （市区町村まで）			
性別		生年月日（西暦）	
電話番号		E-mail	
在籍している学校名			
学部・専攻分野		学年	
希望のプログラム （第一希望）			
希望のプログラム （第二希望） <small>※希望無しの場合は空欄</small>			
希望のプログラム （第三希望） <small>※希望無しの場合は空欄</small>			
「滞在方」と「通い型」 の希望			
希望するインターン実 施時期・日程 <small>※希望無しの場合は空欄</small>			
インターンシップで学び たいこと、挑戦したいこと を記載してください。			

<p>あなたの考える「十日町市の地域活性化」について、自由に記載してください。</p>	
<p>学校卒業後に“新潟県という場所”とどのように関わりたいと思いますか。自由に記載してください。</p>	
<p>現在の学校生活で一生懸命に取り組んでいることについて、自由に記載してください。</p>	
<p>「新潟県十日町市地方創生インターンシップ」を知ったきっかけ</p>	
<p>備考 プログラムに参加するにあたって気になる事や事前に確認したい事などがあれば記載してください。</p>	

ご入力いただいた内容は、「新潟県十日町市地方創生インターンシップ」に係る範囲内のみで使用します。