敦賀市立看護大学後援会長 殿

インターンシップ参加報告書

令和 年 月 日 提出

インターンシップ 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
インターンシップ 施設	施設名： 住所：〒 電話番号：
職種	☐ 看護師 ☐ 保健師 ☐ その他（ ）
インターンシップ の内容	
参加した感想	(施設内の雰囲気、施設や人間関係など感じたことを記載してください)
ここに就職したい と感じましたか？	☐ ぜひしたい ☐ まあしたい ☐ あまりしたくない ☐ 絶対したくない
上記の理由やその他の情報を記載してください。	

※この届出書はインターンシップ参加後、後援会事務局（教務学生課）に提出してください。

※上記の内容は学生内で情報共有できるよう公開させていただく場合がございます。

▶氏名は裏面に記載してください（氏名は公開いたしません）

学籍番号	氏名
------	----