

カスミ インターンシップ申込書

申込日 年 月 日

住所	ふりがな			
	〒			
学校名	ふりがな			
	市 町 立		小 / 中学校 高等学校	
申し込み	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 昨年又はそれ以前に参加(いつ頃 回)			
年 組	希望人数	うち男性	うち女性	
年 組	名	名	名	
窓口	ふりがな			
	お名前		(担当: 年 組)	
電話番号	—		—	
FAX番号	—		—	
希望期間 第1希望	年 月 日 (曜日)	~	月 日 (曜日)	日間
希望期間 第2希望	年 月 日 (曜日)	~	月 日 (曜日)	日間
保険加入	<input type="checkbox"/> 保険加入(傷害保険 及び 賠償責任保険) 有り			
	<input type="checkbox"/> 保険加入 無し			
	※必ずご加入をお願いいたします。			
希望店舗	カスミ 店			
来店方法 (✓をつけて 下さい)	<input type="checkbox"/> 徒 歩 (分)		<input type="checkbox"/> 自 転 車	
	<input type="checkbox"/> 公共機関 ()			

※インターンシップの申し込みは、FAXにてお受けいたします。(受付期間:毎月1日~7日)

実施日の1ヶ月以上前にご予約ください。詳細は電話でお問い合わせください。

※申込書をFAXしていただいた後、1週間を過ぎても連絡がない場合は必ず問い合わせをしてください。

※店舗までの交通手段・保険に関しては学校側でお願いします。

※受け入れ人数は、原則として2~3名です。

問い合わせ先 (受付時間:月~金曜日 10:00~17:00)
〒305-8510 茨城県つくば市西大橋599-1
株式会社 カスミ 人事部 採用担当
[電話029-850-1925](tel:029-850-1925) [FAX029-850-1889](tel:029-850-1889)