

インターンシップ事業（職場体験学習）受入報告書

1. 受入学校名 _____

2. 受入人数 _____ 名

3. 日 時 _____ 年 月 日 ~ _____ 年 月 日 (_____ 日間)

_____ 時 ~ _____ 時 (_____ 時間)

4. 実施内容が既に決まっておりましたらお書きください
(例：院内見学、印象材を使った体験等)

[_____]

就業所名 _____

氏 名 _____

札幌歯科医師会事務局

FAX 011-511-1530