

(学校用)

FAX送信先：058-267-0931

平成 年 月 日

入 会 申 込 書

岐阜県インターンシップ推進協議会 御中

岐阜県インターンシップ推進協議会の趣旨に賛同し、入会いたします。

住 所： 〒

学 校 名：

代表者名：

担当部署：

担当者名：(役職) ㊞

電 話：

F A X：

E - mail：

規約を承認し、会員として年会費を納めます。

※年会費は一口六万円以上とします。