

堺・南大阪地域インターンシップ推進協議会  
インターンシップ参加申込書

堺・南大阪地域インターンシップ推進協議会のインターンシップに、下記の通り参加を申し込みます。

申 込 日	年 月 日
学 校 名	(ふりがな )
所 在 地	〒
代 表 者 (役職・氏名)	(役職) (氏名)

## 【エントリー学生数枠の申し込み】

エントリー学生数枠を、下記の通り申し込みます。(いずれかに○)

	エントリー学生数5人以下枠を申し込みます。
	エントリー学生数6人以上枠を申し込みます。

## システム利用料

参加登録種類	システム利用料
エントリー学生数5人以下枠	20,000円
エントリー学生数6人以上枠	50,000円

※5名以下枠で登録し6名以上のエントリーがあった場合は、追加で 40,000 円をご請求させていただきます。6名以上枠でお申込の場合はエントリー数の上限はありません。

堺・南大阪地域インターンシップ推進協議会

Email : [intern@osaka-unicon.org](mailto:intern@osaka-unicon.org)

お問合せ：TEL：072-258-7646 FAX：072-258-7641