**公益財団法人 大学コンソーシアム京都**

**インターンシップ事業推進室　宛**

**メール** **intern@consortium.or.jp**

**ＦＡＸ　０７５－３５３－９１0１**

**2019年度インターンシップ･プログラム受入先ご担当者説明会**

**6月6日（木）１7：30～1９：３０**

**「ご出席者様連絡先」**

|  |  |
| --- | --- |
| 貴社･貴団体名 |  |
| ご連絡先電話番号 |  |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 役職 |  |
| ふりがな |  |
| 参加者氏名 |  |
| ※下記、該当の場合はチェックをお願いします。□ 6月1日（土）に実習先決定後、学生の受入れがない場合は、欠席する |

※お手数ですが、5月24日（金）までにメール intern@consortium.or.jp もしくは

ＦＡＸ 075-353-9101にてご返信くださいますようお願い申し上げます。