

令和 年 月 日

群馬県立高崎商業高等学校
校長 生方 一徳 様

事業所名
代表者名

高校生インターンシップ受入承諾書

当事業所では、貴校で実施するインターンシップ（就業体験）の趣旨に賛同し、生徒の受け入れを承諾します。

1 期 日 令和8年12月9日（水）～12月10日（木）（2日間）

2 就業体験場所 名称 _____
住所 _____

3 就業体験時間 午前 ____ 時 ____ 分 から 午後 ____ 時 ____ 分 まで
(勤務時間)

4 担 当 者 役職名 _____ 担当者名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
E-mailアドレス _____

※下記担当まで生徒経由、E-mailまたはFAXでご返送ください。

担 当 : 今山・北爪
電 話 : 027-361-7000
F A X : 027-364-6148
E-mail : imayama-ren@edu-g.gsn.ed.jp

* 学校使用欄
