

マイチャレンジインターンシップ 2026 申込書 (個人での申込み用)

学年・クラス	氏名（ふりがな） ・ 性別 ※保険申込手続きのため必要
年 組	() 男 ・ 女
メールアドレス	

第 1 希 望	
希望事業所名	
希望理由 魅力を感じた点や チャレンジしたい こと等を伝えよう	

第 2 希 望	
希望事業所名	
希望理由 魅力を感じた点や チャレンジしたい こと等を伝えよう	

第 3 希 望	
希望事業所名	
希望理由 魅力を感じた点や チャレンジしたい こと等を伝えよう	

- ◆必ず保護者の方に相談してから申し込んで下さい。
- ◆第1希望のみではなく、第2、第3希望まで記入してお申込みください。
- ◆応募者多数の場合は、志望動機及び事前事後学習への参加の可否によって主催者にて決定しますので、「希望理由」をしっかりと記入してください。また、必ずしも希望通りに参加できない可能性があります。
- ◆事前事後学習には必ず参加してください。どうしても参加できない場合は、備考欄にその旨を記載してください。
- ◆事前学習の午前/午後の調整は主催者にて行いますが、どうしても指定がある場合は、備考欄にて理由を添えてお知らせください。

備考欄 (事前に伝えたいこと)	
--------------------	--

マイチャレンジインターンシップ 2026 申込書 (個人での申込み用)

基本的には、学校の担任の先生か進路指導部の先生を通してお申し込みください。

ただし、それが難しい場合には、下記のシートにもご記入の上、1枚目の「学校を通しての申込み用 申込書」と共に、FAX またはメールにてアスバシまでご送付ください。

学校名／学年	
氏名・性別	男 ・ 女
住所	
連絡先 1 (自宅電話番号) ※無い場合は保護者携帯	
連絡先 2 (応募者の携帯)	
連絡先 3 (応募者のメールアドレス)	

※保険申込手続きに必要なために生徒の性別のご回答をお願いいたします。

※連絡先は、1、2、3 全てご記入ください。

個人の携帯をもっていない場合には、自宅のものだけで結構です。メールアドレスが無い場合は空欄で構いません。

※学校を通して申込まれる場合には、こちらの 2 枚目の用紙は送付の必要はありません。

担 当	一般社団法人アスバシ	小柳・斉藤
電 話	052-881-4401	FAX 052-308-3284
メー ル	jim@asubashi.jp	