

送信日: 年 月 日

BTV株式会社 職場体験/インターンシップ申込書

団体名	
責任者	
担当者	
住所	〒 -
連絡先	TEL: FAX:
当日の緊急連絡先	TEL:
希望日時	年 月 日 () ~ 月 日 () 時 分 ~ 時 分
希望場所(局) (チェックを入れてください)	<input type="checkbox"/> 都城局 <input type="checkbox"/> 日南局 <input type="checkbox"/> 西諸局 <input type="checkbox"/> 鹿児島局 <input type="checkbox"/> 志布志局
人数	人 (年生)
備考欄 ご質問等ありましたらどうぞ	

※ご記入いただいた個人情報は、職場体験/インターンシップのご連絡のみに使用させていただきます。
それ以外の目的で使用することはありません。