(様式第１号）

博物館実習申込書

 令和 年 月 日

松戸市立博物館長　様

 (機関名）

 (代表者） 印

下記により実習生の受け入れを申し込みます。

記

１．実習を希望する学生の氏名と所属

２．専攻する学問分野の名称と指導教員の氏名

３．実習期間 ７日間

 ７月28日（日）および８月１日（木）～８月７日（水）

（木曜日～水曜日、但し８月５日（月）を除く）。

４．備 考