

インターンシップ実習届

平成 年 月 日

キャリア支援室長 殿

学生所属学部及び学年	学部・研究科	年
フリガナ 学生氏名		(印)
フリガナ 指導教員名		(印)

※本インターンシップを学校行事として認めて差し支えないとした指導教員、クラス担任等の署名・押印。
※既定の学校行事及び授業等がインターンシップと重なっている場合は、学校行事及び授業等を優先すること。

この度、上記の学生が、下記の通りインターンシップ実習に参加いたしますので、このインターンシップ実習を学研災・学研賠の対象となる「学校行事」としてお認めくださいますようお願いいたします。

■基本情報

入学年	平成 年度入学
学籍番号	
連絡先	携帯番号
	携帯アドレス
学研災・学研賠の加入状況	(加入しない場合、受け付けません。 加入済み ・ 加入手続き中 ・ その他()

■実習情報

実習先名(企業・官公庁等名)	
実習先所在地	
実習先連絡部署・担当者名	
実習先電話番号	
インターンシップ実習の目的	
実習日時(期間)	
実習場所	
実習内容	

受理日時	担当	キャリア支援室長	学生支援課長	学生サービス係	承認年月日	承認の可否
平成 年 月 日					平成 年 月 日	可 ・ 否