

# インターンシップ参加届

学 長 殿

20 年 月 日

## 学生情報

学 科・専 攻	学科	専攻
学 籍 番 号	(第 学年)	
フリガナ		
学生氏名		
電話番号		
E-MAIL		

以下のインターンシップに参加いたしますので、このインターンシップを学生教育研究  
災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険の対象となる「学校行事」として承認願います。

## インターンシップ先情報

インターンシップ先 企 業 名 等	
住 所	〒
電話番号	
実習地	都・道・府・県
インターンシップ期間	月 日( )～ 月 日( )(実働 日間)
業務の内容	
報酬の有無	有 (昼食等・交通費・賃金・他 ) 無 ・ 不明
インターンシップ 申込媒体	マイナビ・リクナビ・キャリアタス・他 ( )

※申込画面等、日程や概要が記載されている資料を添付すること

学長	大学事務局長	キャリアセンター長	キャリアセンター副センター長	キャリアセンター課長	キャリアセンター担当者
/	/	/	/	/	/