

インターンシップ願出書

令和 年 月 日

学 部 長 殿

担 当 教 員 : _____ 印
(インターンシップ担当教員)

【学生氏名等】

入 学 年 度 : 令和 _____ 年度

学 籍 番 号 : _____

工 学 部 : _____ 学科
プログラム

氏 名 : _____

下記によりインターンシップを行いたいのでご承認方よろしくお願ひします。

インターンシップを 受ける場所等	企 業 名	
	住 所	
	担当者名	
	電話番号	
	電子メール	
インターンシップ期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (実習 日間)	
インターンシップの内容 ※詳しく記入してください	実施方法: <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> 両方	
単位認定 (科目登録は各自)	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 科目登録済み <input type="checkbox"/> 科目登録していない (※別途手続きが必要です) <input type="checkbox"/> 希望しない ※単位認定を希望する場合は 事前に インターンシップ担当教員または指導教員へ相談してください。	
保険加入状況 (学研災・学研賠等)	<input type="checkbox"/> 加入している	

※遅くとも1週間前までにはこの書類を提出しましょう。

【事務記入欄】 ※学生は記入しないでください

(受付日: _____)

保険加入状況確認	<input type="checkbox"/> 加入済 <input type="checkbox"/> 未加入 (対応: _____)					
科目登録状況確認	<input type="checkbox"/> 登録済 <input type="checkbox"/> 未登録 (対応: _____)					
決裁欄 ※オンライン開催の場合 副学部長まで決裁とする	学部長	副学部長	事務長	教務・学生支援係		担当者
				総括担当	修士・留担当	