

# 学外研修・実習等願出書

20 年 月 日

農 学 部 長 殿

学科（コース）長 \_\_\_\_\_ 印

クラス担任または指導教員 \_\_\_\_\_ 印

(内線： \_\_\_\_\_)

学 生 入学年度 20 \_\_\_\_ 年度

農学部 \_\_\_\_\_ 学科

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記により学外研修・実習等を行いたいのでご承認方よろしく願いいたします。

|           |                                                                                                                                                                                                                            |                |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 実習場所等     | 実 習 先                                                                                                                                                                                                                      | 名称（会社・機関名）：    |
|           |                                                                                                                                                                                                                            | 代表者：           |
|           |                                                                                                                                                                                                                            | 住 所：（〒 _____ ） |
|           |                                                                                                                                                                                                                            | 電 話： _____     |
|           | 連絡担当者                                                                                                                                                                                                                      | 部署・氏名：         |
|           |                                                                                                                                                                                                                            | 連絡先： _____     |
| 実習期間      | 20 年 月 日 ～ 20 年 月 日（実習日数 _____ 日間）                                                                                                                                                                                         |                |
| 科目名・実習内容等 | 実習等科目名<br>（単位取得の場合）                                                                                                                                                                                                        |                |
|           | （研修・実習内容）<br><br><br>実習受入承諾および日程の確認 <input type="checkbox"/> 済み<br>単位認定（科目登録は各自）* <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない<br>受入先への依頼文書（実習先に確認） <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 |                |

\*単位認定を希望する場合は、提出前に学科の担当教員へ確認を行ってください。