

様式 1

インターンシップ届出書

平成 年 月 日

〇〇学部長／〇〇学府長 殿

学生：所属・学科／専攻

学年・学籍番号

氏名

印

指導教員：所属

職名・氏名

印

種 別	1. 「正課中」 科目名 () 2. 「学校行事」 3. 「課外活動」
実施期間	平成〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 平成〇〇年〇〇月〇〇日 (実働〇〇日)
受入機関	企業名： 部署名： 所在地：
研修内容 (テーマ)	
加入している 保険名	<input type="checkbox"/> 学生教育研究災害傷害保険 (加入年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 学研災付帯賠償責任保険 (加入年月日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> その他 ()

1. インターンシップに参加する学生は、必ず学生教育研究災害傷害保険及び学研災付帯賠償責任保険等の保険に加入しなければなりません。

2. インターンシップ届出書を学部長または学府長へ提出し受理された場合、そのインターンシップは学生教育研究災害傷害保険及び学研災付帯賠償責任保険の対象として承認されたものとします。