

インターンシップ届出書

令和 年 月 日

○○学部長／○○学府長 殿

【学生】 学科／専攻
 学年・学籍番号
 氏名
 (インターンシップ中の連絡先 :)

【指導教員】
 職名・氏名 印

種 別	1. 「正課中」 科目名・単位数 (• 単位) 2. 「学校行事」 3. 「課外活動」
実施期間	令和○○年○○月○○日 ~ 令和○○年○○月○○日 (実働○○日) (形態 <input type="checkbox"/> 対面 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> ハイブリット (対面とオンライン両方)) (事前研修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 • 事後研修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
受入機関	企業名 : 部署名 : 所在地 : ※海外の場合 ビザの種類 : <input type="checkbox"/> 観光 <input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他 ()
研修内容 (テーマ)	
受入機関からの 手当等の支給	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 手当 <input type="checkbox"/> 食費 <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> その他 ()
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"/> 学研災付帶賠償責任保険 (加入年月日 : 年 月 日) <input type="checkbox"/> 大学生協 生命共済 <input type="checkbox"/> 大学生協 学生賠償責任保険 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 事務記入欄 <input type="checkbox"/> 協定等締結 : 有 • 無	

◆アンケート：申込方法について◆

直接企業へ ナビサイトから 大学を通じて 指導教員を通じて 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帶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帶賠償責任保険の対象として承認されたものとします。
3. 学部1年生は、学務部キャリア・奨学支援課キャリア・就職支援係（センター1号館2階⑩番窓口）へ提出してください。