

## インターンシップ届出書

年 月 日

### 1. 学生情報

ふりがな 氏 名		印	学生番号
所 属	学 部		年
	学院・研究科		
連絡先	Tel	Email	
指導教員等	氏名	Tel	
下記インターンシップ は正課の授業か	<input type="checkbox"/> 正課の授業 ( ) <input type="checkbox"/> 正課の授業ではない		
保険の 加入状況 (加入日・種類)	<b>傷害保険</b> 加入日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 学生教育研究災害傷害保険 (学研災) <input type="checkbox"/> 学生総合共済 <input type="checkbox"/> その他 保険名 ( )		
	<b>賠償責任保険</b> 加入日 ( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 学研災付帯賠償責任保険 (付帯賠償) <input type="checkbox"/> 学生総合共済 <input type="checkbox"/> その他 保険名 ( )		
事前研修 の受講状況	<input type="checkbox"/> 全学インターンシップ事前研修を受講 <input type="checkbox"/> 所属部局のインターンシップ事前研修を受講 <input type="checkbox"/> テキストをHPからダウンロードし、内容を確認しました。 (署名)		

### 2. 実習先 (インターンシップ) 情報

企業名 (官公庁等名)	
所在地	
連絡部署・担当者名	
連絡先	Tel                      Email
実習期間	年 月 日 ~ 年 月 日
実習内容	
申込み方法	(例: 就職支援会社・団体名 ( ) から申込み, 直接企業へ申込み)

・インターンシップに参加する学生は、必ず「傷害保険」と「賠償責任保険」の両方に加入してください。

・公募インターンシップの場合、インターンシップ届出書及び保険加入証 (写) をキャリアセンターに提出し、受理された場合に限り、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ます。(実働3日以上、インターンシップ開始日の2平日前までが提出条件です)