

インターンシップ開始 10 日前
までに学生課または各校地窓口
に提出すること。

損害賠償保険適用のための インターンシップ実習 承認願

副学長(教育担当)殿

年 月 日

学生所属学部及び学年	学部・研究科	年
学籍番号		
フリガナ 学生氏名	(印)	
指導教員名	(印)	

※本インターンシップを学校行事として認めて差し支えないとした指導教員、学年担任、学生生活委員いずれかの署名・押印。
※既定の学校行事及び授業等がインターンシップと重なっている場合は、学校行事及び授業等を優先すること。
※既に他の損害賠償保険(インターンシップ実習が対象範囲のもの)に加入済みの場合は、この願は提出不要です。

この度、下記の通りインターンシップ実習に参加いたしますので、このインターンシップ実習を「学生教育研究災害傷害保険」(以下「学研災」という)及び「学生教育研究賠償傷害保険(以下「学研賠」という)の対象となる「学校行事」としてお認めくださいますようお願いいたします。

■基本情報

学生連絡先	携帯番号
	メールアドレス
学研災・学研賠の加入状況	加入済み ・ 加入手続き中 ・ その他()

■実習情報

実習先名(企業・官公庁等名)	
実習先所在地	
実習先連絡部署・担当者名	
実習先電話番号	
インターンシップ実習の目的	
実習期間	
実習場所	
実習内容	<input type="checkbox"/> インターンシップの募集案内や実施要項等インターンシップの内容が分かる資料を提出してください。

受理日時	専門職員	副学長(教育担当)	学生課長	学生課長補佐	承認年月日	承認の可否	総務係確認欄
年 月 日					年 月 日	可 ・ 否	※決裁後に回覧