

インターンシップ届出用紙

提出日 年 月 日

フリガナ				性別	男 ・ 女	生年月日	西暦	年	月	日	
氏名											
学科				学年		学籍番号					
所属研究室	※院生のみ記入					出身学科					
現住所	〒					電話番号					
帰省先	〒					E-mail	PC 携帯				
						帰省先 電話番号					
研修受け入れ企業名											
住所	〒					ご担当者	氏名				
電話番号							部署・役職				
研修部署							連絡先				
応募方法						研修期間	令和	年	月	日	～
							令和	年	月	日	まで
							(実働： 日間)				
単位申請	する ・ しない			履修登録	済 ・ 未	学研災付帯賠償保険の加入	済 ・ 未 ・ 企業側の保険に加入				
備考						アンケート	<p>* 諸経費の有無についてです * 該当する項目に/を入れてください。わかる範囲で構いません。 <input type="checkbox"/> 日当や報酬の支給有り <input type="checkbox"/> 交通費の支給有り (一部でも有り) <input type="checkbox"/> 宿泊費の支給or宿泊施設の提供有り <input type="checkbox"/> 食費の支給有り <input type="checkbox"/> その他 ()</p>				