インターンシップ参加届（情報科学研究科）

平成　　年　　月　　日提出

学 生 氏 名		学籍番号	
参加期間中の本人連絡先	**参加中に連絡の取れる携帯電話番号を記載**	所属専攻課程	専攻 前期・後期（どちらかに○）
インターンシップ先企業・団体名等	企業・団体名等：　　部署名：		
従事場所所在地	**従事場所の所在地（住所）** **（わからなければ人事等、手続きを行った部署名とその所在地）**		
受入機関担当者氏名	**直接の受入担当者がわからなければ、人事等の担当者氏名、それもわからなければ、担当部署を記載**	担当者の連絡先TEL or Email	
インターンシップ参加期間	平成　　年　　月　　日から平成　　年　　月　　日まで		
応募方法あてはまるものに○	研究科斡旋 ・ 自主応募 ・ 教員斡旋		

保険加入状況

＜災害傷害保険＞

□　学生教育研究災害傷害保険（学研災）

＜賠償責任保険＞

□　学研災付帯賠償責任保険（学研賠）

□　その他（　　）

＜写しの添付＞

本届の裏面に保険加入証明として、領収書または保険証書の写しを添付してください

□　写しを添付しました

写しの添付を忘れずに！！

指導教授氏名（印）	**指導教授の押印を忘れずに！！** ㊞

＜指導教授確認欄＞　※指導教授に当てはまるものにチェックをつけていただいてください

□　学生に指示をして参加させた

□　受入先に当該学生を推薦した

□　覚書等を締結した

□　単位認定の対象となるもので事前に参加予定の報告を受けた

□　その他正課とみなすもの（理由：　　）

指導教授にチェックをしてもらうこと

備考

※本届は大学院係に提出してください

（2018 年 4 月 4 日改訂）