

# インターンシップ実習届 (医歯学系除く)

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・学研災付帯賠償責任保険の対象となる「学校行事」として承認願います。

また、承認条件の「事前講座の動画を視聴し、参加前に心構えとマナーを学習する」及び「事後報告レポートの提出並びにワークシートを作成する」について、確実に実行いたしますことを申し添えます。

新潟大学学務部長 殿

提出日：平成 年 月 日

所属学部・大学院研究科 及び 学 年	学 部 研究科	年 年
フリガナ (自筆)		
学 生 氏 名 (自筆)		

## ■学生情報

学 籍 番 号	
電 話 番 号	(確実に連絡が取れる携帯電話番号等を記入してください)
E-Mailアドレス	
学生教育研究災害傷害保険・ 学研災付帯賠償責任保険の 加入状況 (どちらか一つにチェック)	<input type="checkbox"/> 加入している <input type="checkbox"/> キャリアセンター記入→( 年 月 日迄保険有効) <input type="checkbox"/> 月 日に振込手続きを行った <input type="checkbox"/> キャリアセンター記入→(確認: <input type="checkbox"/> 振込票控等, <input type="checkbox"/> 口頭) ↑ 振込確認票等が手元にある場合は、提示してください <input type="checkbox"/> キャリアセンター記入→振込確認 <input type="checkbox"/>

## ■実習先情報

実 習 先 名 (企業・官公庁等名)	
実 習 先 所 在 地	
実習先担当者所属部署名 及び 担当者名	
実 習 先 電 話 番 号	( ) -
実 習 期 間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 ( 日間)
実 習 内 容	
申 込 み 方 法 (どれか一つにチェック)	<input type="checkbox"/> 大学を通じて (所属学部等の学務係へ申込) <input type="checkbox"/> 県や市町村等のジョブカフェ等斡旋団体 <input type="checkbox"/> リクナビ <input type="checkbox"/> マイナビ <input type="checkbox"/> キャリタス <input type="checkbox"/> その他就職支援会社 ( ) <input type="checkbox"/> 受入先に直接申込 <input type="checkbox"/> その他 ( )

(注) この実習届の内容については、キャリアセンターと所属部局で情報を共有します。

※以下記入不要

学務部長	キャリア支援課長	担当	承認年月日	承認の可否
			平成 年 月 日	可 ・ 否