

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 |