

【自由応募型インターンシップに参加する場合の取り扱いについて】

◇インターンシップ参加の前に

「インターンシップ事前講座（連携教育支援センター主催）」の動画を視聴し、インターンシップに参加するための心構えやマナーを学習しましょう。

→ 動画は、キャリア・就職支援オフィスHPトップ画面の『就活動画等配信中！』から視聴できます。

『受入先から保険加入証明書の提出を求められた場合』

各自が所有している学研災付帯学生生活総合保険の保険加入証明書のコピーを受入先に提出してください。

『インターンシップ参加中に怪我や賠償責任を負ったときは』

学研災付帯保険の学研災付帯学生生活総合保険（個人加入）での対応となり、各自で手続きを行います。

インターンシップ参加前に保険の加入状況等を必ず確認し、未加入の場合は参加前に必ず加入してください。

→加入状況や保険会社の連絡先等、保険に関する質問等は、所属学部等の学務係へご相談ください。

◎インターンシップ参加前に下記のどちらかの方法によりインターンシップ参加届を提出してください。

1. 下記の内容を記載したメールをキャリア・就職支援オフィス（job@adm.niigata-u.ac.jp）へ送付する。

メール件名：インターンシップ参加届

メール本文：①所属学部・学科または大学院名及び学年、②氏名（フリガナ）、③学籍番号、④実習先名、
⑤実習先所在地（都道府県名）、⑥実習場所、⑦実習期間 年月日～年月日（何日間）、
⑧実習内容（概要）

または、

2. 下記「インターンシップ参加届（医歯学系用）」を所属学部等の学務係経由でキャリア・就職支援オフィスへ提出する。

インターンシップ参加届（医歯学系用）

下記の通りインターンシップに参加します。

提出日：20 年 月 日

所属学部・大学院研究科 及び 学 年	学 部		学 科		年
	研究科				年
フリガナ			学籍番号		
学 生 氏 名					
実 習 先 名 (企業・官公庁等名)					
実習先所在地	都 道 府 県	実習場所	☐ 実習先所在地と同じ ☐ その他（ ）		
実 習 期 間	20 年 月 日 ～ 20 年 月 日（ 日間）				
実習内容（概要）					