**◇参加の前に**

医歯学系の皆さんへ

Ⅰ．「インターンシップ等の基礎知識＆活用セミナー」及び「ビジネスマナーセミナー」の動画を視聴し、参加するための心構えやマナーを学習してください。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。

Ⅱ．学研災付帯学生生活総合保険（付帯学総）の加入状況を必ず確認し、未加入の場合は必要に応じて付帯学総に加入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険加入状況  インターンシップ先 | 付帯学総に加入済み | 付帯学総に未加入 |
| 医療機関 | インターンシップ等参加届を提出 | 付帯学総に加入（※1）のうえ、  インターンシップ等参加届を提出 |
| 医療機関以外 | [インターンシップ等実習届](https://www.career-center.niigata-u.ac.jp/internship/)を提出（※2） |

※1　加入方法等は、所属学部・研究科の学務係へご確認ください。

※2　医歯学系以外の学生と同じ手続きを行ってください。手続きの詳細や様式は、キャリア・就職支援オフィスHPを参照してください。<https://www.career-center.niigata-u.ac.jp/internship/>

※3　付帯学総の加入者が、インターンシップ等先から保険加入証明書の提出を求められた場合は、自身が所有している保険加入証明書のコピーを受入先に提出してください。

Ⅲ．インターンシップ等に参加する前に下記のいずれかの方法により「インターンシップ等参加届」をキャリア･就職支援オフィスへ提出してください。

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。

【メール件名】：インターンシップ等参加届（在籍番号・氏名）

【メール本文】：①所属学部・研究科名及び学年，②氏名（フリガナ），③在籍番号，④保険（付帯学総）の加入状況，⑤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）

２．下記「インターンシップ等参加届」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。

-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-　-

インターンシップ等参加届

下記のとおりインターンシップ等に参加します。

　　　提出日：２０　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①所属学部・研究科  及び　学年 | 学部 | | | 学科 | | 年 |
| 研究科 | | | 専攻 | |
| （フ　リ　ガ　ナ） |  | | | | ③在籍番号 | |
| ②氏　　　　　　名 |  | | | |  | |
| ④保険の加入状況 | □ 学研災付帯学生生活総合保険に加入していることを確認済み | | | | | |
| ⑤実　習　先　名  （企業・官公庁等名） |  | | | | | |
| ⑥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（　　　　　　　　　） | |
| ⑦実　習　期　間 | ２０　　年　　月　　日　～　２０　　年　　月　　日（　　日間） | | | | | |
| ⑧実習内容（概要） |  | | | | | |

【新潟大学2023年3月改定 5年保存】