インターンシップ参加届

年　　月　　日

学生部長 様

学籍番号　　　　　　　　　　氏名

下記インターンシップへの参加を希望するため、内容のわかる書類を添付し、本書により届け出ます。

記

1. 企業名：
2. 参加期間：　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日（計　　日間）
3. 実施場所：
4. 添付書類

（期間、場所、実習内容のわかるものであること。当てはまるものにチェック）

☐募集案内チラシ

☐参加案内メールの写し

☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

以上

※１．学生教育研究災害傷害保険の付帯賠責であるインターンシップ等賠償責任保険の加入のためには、本書により届を行い、三省合意の定義に基づくインターンシップであることの確認を受ける必要があります。

※２．インターンシップ参加1週間前までに届け出てください。

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

＜就職支援室確認欄＞

☐参加期間が５日間以上であること

☐就業体験を伴うものであること

☐実施場所が職場（テレワークなど職場以外との組み合わせも可）であること

以上、届けられたインターンシップが三省合意によって認められたインターンシップであることを確認いたしました。

就職相談員　　　　　　　　　　　　　印