

# インターンシップ実施届

令和 年 月 日

生物システム応用科学府長 殿

指導教員

下記により、インターンシップを行いますので、お届け致します。

専攻	生物機能システム科学専攻
年次	年
学籍番号	
氏名	
現住所	〒
電話	(自宅)
	(携帯)
E-mail	

電話・E-mailについては、緊急時連絡にも使用するので必ず記入すること。

単位認定（必ず記入）	
アドバンスト	1単位
Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶ	
（※2022年度までの入学者はⅣ～Ⅶ、2023年度からの入学者はⅢ～Ⅶのいずれか1つに○印を付けること。）	

※週5日・40h以上で1科目（1単位）認定

事務使用欄 (履修担当)	
-----------------	--

実習期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( )							
実習時間（予定）	始業	:	終業	:	就業時間	時間	合計	時間
実習テーマ								
実習内容								
実習先	名称							
	所在地							
	連絡先	担当者：						
実習時滞在场所 (遠地での場合)	宿泊先名称（実習企業の寮・実家・知人宅・賃貸住宅などの名称を記載）							
	宿泊先住所 〒							
	連絡先（電話）							
加入保険	<input type="checkbox"/> 学生教育研究災害傷害保険							担当者使用欄 (加入確認印)
	<input type="checkbox"/> 学研災付帯賠償責任保険							
	<input type="checkbox"/> (生協) 学生賠償責任保険							
	<input type="checkbox"/> 学研災付帯学生生活総合保険 <input type="checkbox"/> その他（個人で加入）							
加入証明書	<input type="checkbox"/> 本学の様式 <input type="checkbox"/> 実習先の様式 <input type="checkbox"/> 不要							

- \* この届は、実施1週間前までに提出してください。
- \* 保険に加入していない場合は、この届は受理できません。
- \* 学外研究届の提出も必要です（Googleフォーム）