

インターンシップ・学外実習参加届 ※施設見学含む

実習区分	<input type="checkbox"/> 単位申請を伴うインターンシップ・実習（科目名： _____） ※「インターンシップ評価表」の対応について、実習日までに受入先担当者に依頼すること。
	<input type="checkbox"/> 単位申請を伴わないインターンシップ・実習（任意参加） ※「インターンシップ・学外実習報告書」を、実習終了後に提出すること。
	<input type="checkbox"/> 施設見学のみ（臨床検査技術学科の病院見学）

【学生情報】

所属	学科 (専攻)	年次	学籍番号	
フリガナ氏名	研究室		
		性別	男 ・ 女	
実習参加中の本人連絡先	〒	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 下宿先		
	Tel (携帯)	E-mail		

【参加インターンシップ実習・見学先情報】

企業・団体名 (正式名称)			
企業・団体連絡先 (部署・係・担当者名等)	〒		
	Tel	E-mail	
実習・見学予定地 (住所・名称)	(上記と異なる場合のみ記入) 〒		
参加日程	年 月 日 ~ 年 月 日 (内 日間)		
実習内容			
申込方法	<input type="checkbox"/> 大学とりまとめで申込み済 <input type="checkbox"/> 研究室経由で申込み済 <input type="checkbox"/> 個人で申込み済 (※募集要項など実習内容のわかる資料を添付すること。)		
大学からの提出書類	無 ・ 有 (※実習開始2週間前までに申し出ること。指定様式がある場合は参加届と一緒に提出すること。)		
	⇒ 「有」の場合選択 <input type="checkbox"/> 依頼書 <input type="checkbox"/> 覚書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	⇒ 上記書類を <input type="checkbox"/> 大学から先方へ送付 <input type="checkbox"/> 学生本人が先方へ提出 (本課で書類作成後、窓口にてお渡しします。)		
備考			

※上記インターンシップ実習の参加について、次のとおり、該当教員の押印を必ず受けてください。

(メール提出に関して、下記該当教員の承諾が確認できる場合は、押印不要。)

なお、施設見学のみ（臨床検査技術学科の病院見学）の場合は、教員の承諾・押印は不要です。

- ① 単位申請を伴うもの 科目担当教員（コーディネーター）の押印
- ② 単位申請を伴わないもの

研究室所属学生	→ 研究室担当教員の押印
研究室に所属していない学生	→ クラス担任の押印

提出先 : キャリア支援課 (8号館1階)

※本参加届は、受入先からの内諾を得た後、インターンシップ実習・施設見学当日までに必ずキャリア支援課まで提出してください。

※参加届の提出により、当該インターンシップ実習への参加・施設見学に対して、学生が入学時に加入した「学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険」が適用されます。

(保険の詳細については、各「保険加入者のしおり」を参照ください。)

※本参加届に記載の内容は、本学学生のインターンシップ実習の参加状況の把握および文部科学省等に報告する調査の基礎資料としてのみに使用します。

課長	課員	担当教員※