

短期インターンシップ参加届 兼 保険証明書交付願

西暦 年 月 日

フリガナ 氏名											
学籍番号											生年月日(西暦) , , 生
所属	課程・専攻 年生										
連絡先電話番号	携帯 _____					研究室内線 _____					
短期 インターンシップ先 (住所・連絡先等)	企業名等 _____ 住所 _____ 連絡先電話 _____ 連絡先 E-mail _____ 担当者名 _____										
期間	月 日 ~ 月 日 (出発予定日 月 日) (帰宅予定日 月 日)										
保険証明書交付の有無	有 ・ 無										
備考											

注) 保険証明書の交付を希望する場合は、内容や日程がわかる書類のコピーを付けること。

指導教員・クラス担任名 _____ (印)

受付日		発行日	
-----	--	-----	--