

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（ ）
5. 注意事項（守秘義務）確認したらにチェックを入れてください。
 インターンシップで知り得た情報は SNS などの不特定多数の人に口外しない事
以上

※1. 学生教育研究災害傷害保険の付帯賠償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 _____