インターンシップ参加届

■届出者情報：

|  |  |
| --- | --- |
| 所属部局および学科・専攻 |  |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 |  |
| 届出年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日提出 |
| 学年・入学年 | 回生 | 平成　・　令和　　　　年度入学 |
| 学生番号（ﾊｲﾌﾝなし） |  |
| 緊急連絡先 | (KULASIS登録のものと異なる電話番号を使う場合のみ記入)☎　　　　　（　　　　　）　　　　　　　 |
| Eメールアドレス | (KUMOIメール以外のメールアドレスを使う場合のみ記入) |
| 学研災・付帯賠責加入状況 | [ ]  加入済　　　[ ]  その他の傷害保険及び損害賠償保険に加入済 |

■インターンシップ情報：

|  |  |
| --- | --- |
| 企業・官公庁等名  |  |
| 企業・官公庁等所在地（住所） |  |
| 企業・官公庁等連絡先・担当者名電話番号 | ☎　　　　　（　　　　　）　　　　　　 |
| インターンシップ期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日　　　**（実働　　　　日）** |
| インターンシップ実施場所（住所） |  |
| インターンシップ内容 |  |
| 交通費・宿泊費・日当・報酬の有無 | (有の場合はその内訳)無　・　有　　　交通費：　　　　　　　　　　　　宿泊費：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日当：　　　　　　　　　　　　　　報酬：　　　　　　　　　　　　　 |

■必要提出書類：

参加するインターンシップの**「実習内容」**、**「期間・実施場所」、「交通費・宿泊費・日当・報酬の有無」**が記載され、**「正式な受入れを通知されたことがわかる資料」**を添付すること。

\***「募集要項」や「受入通知書」に含まれていることが多い。**

■加入している保険について☑をつけてください。（基本の保険と付帯賠責の2種類必須）

[ ]  学生教育研究災害傷害保険

[ ]  学研災付帯賠償責任保険

[ ]  学研災付帯学生生活総合保険

[ ] 　医学生教育研究災害損害保険

[ ]  （大学生協　COOP）学生賠償責任保険

[ ]  下記の傷害保険及び損害賠償保険に加入しています。

＜保険会社名・保険名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞

＜保険会社名・保険名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＞

■次の㋐～㋓のいずれかに☑をつけてください。

[ ]  ㋐

当該インターンシップは夏季・冬季休業期間中に実施されるものであり、授業・試験等に影響ありません。なお、就業体験を含みます。

[ ]  ㋑

当該インターンシップは授業期間中に実施されますが、履修登録状況から判断して授業・試験等に影響ありません。なお、就業体験を含みます。

[ ]  ㋒ **指導教員又は学部（研究科）長等による承認が必要です。**

当該インターンシップの実施時期は履修している授業・試験等に影響しますが、その内容は私自身の職業適性や将来設計について考える機会と考えます。当該インターンシップ参加を学校管理下行事と認め学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険の補償対象となるようお願いします。また、当該インターンシップに参加することで履修している授業・試験等を欠席することになることは理解しています。なお、就業体験を含みます。

上記インターンシップが、主体的な職業選択や高い職業意識の育成が図られるなど、教育的観点から当該学生にとって必要なインターンシップであると認めます。

|  |  |
| --- | --- |
| 学生との関係 |  |
| 指導教員等　署名 | 　　　　　　　　　　　　　　 |

㋒の場合【学生】：本参加届と必要書類を併せて所属する教務掛まで提出してください。

㋒の場合【教務掛】：学部（研究科）長等に確認をとった上で学務部学生課就職支援掛へメール送付してください。

[ ]  ㋓

当該インターンシップの実施時期は履修している授業・試験等に影響するため、インターンシップに参加することで授業・試験等は欠席となることは理解しています。また、上記㋐～㋒のいずれにも該当せず、学生教育研究災害傷害保険・学研災付帯賠償責任保険の補償対象にならないため、上記の保険に加入し、自己責任において参加します。なお、就業体験を含みます。

**上記内容のとおり届け出ます。**

**届出者署名　：**