

インターンシップ受入申請書

年 月 日

大泉町長 様

教育機関名
代表者の職名
氏 名

大泉町インターンシップ実施要綱第6条の規定に基づき、下記により申請します。

記

1 学生の氏名等

氏 名	学部・学科等	推 薦 理 由

※ 実習を希望する部署については、別紙「実習希望部署」をご記入ください。

2 対象とする学生の傷害保険及び賠償責任保険への加入状況

3 教育機関におけるインターンシップ制度の概要等

(1) 学内でのインターンシップ制度 有 ・ 無

(2) (1)で「有」の場合

・学内制度の特徴

単位認定 有 ・ 無

事前事後学習 有 ・ 無

学内発表会 有 ・ 無

その他

・対象とする学生の学内制度登録（利用）状況

4 その他、特記事項

5 教育機関におけるインターンシップ担当者の氏名、職名及び連絡先（郵便番号、住所、電話、Eメール等）

【別紙】

実習希望部署

1 学校・学部・学科

2 学生氏名

3 実習希望部署

希望部署名		希望理由 (体験してみたいこと、学びたいこと等をご記入ください。)
第1希望		
第2希望		
第3希望		

※ 他のインターンシップ申込者の状況や受入部署の状況により、希望に添えない場合があります。