**インターンシップ・仕事体験参加事前届出用紙**

提出日：　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **学部** |  | | **学年** | |  | **学籍番号** | |  |
| **氏名** | |  | | | | | | |
| **電話番号** | |  | | **メールアドレス** | | |  | |
| **インターンシップ受入機関（病院・企業）** | | | | | | | | |
| **病院名・企業名：**  **部署：**　　　　　　　　　　　**職種：**  **連絡先：** | | | | | | | | |
| **研修期間・研修地域** | | | | | | | | |
| **期間：**令和　　年　　　月　　　日　～　　　月　　　日（　　日間）  **地域：**　　　　　　　　　（都道府県を記入） | | | | | | | | |
| **交通費・宿泊・日当・報酬の有無** | | | | | | | | |
| 無　・　有　（どちらかに〇）  **有の場合その内訳：** | | | | | | | | |
| **受入機関への事前提出書類**（提出書類に〇） | | | | | | | | |
| ・保険加入証明書　・推薦書　・健康診断書　・エントリーシート  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　）　・なし | | | | | | | | |
| **参加目標（学びたいこと）** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |

**※インターンシップに参加する前に本用紙を提出してください※**

**提出されない場合は保険が適用されません。**

ファイル名を「インターンシップ・仕事体験参加事前届出 学籍番号 氏名 実習先企業・病院名」にして提出してください