

インターンシップ参加届

| | | | | | |
|-------------|--|----|--|----|-------|
| 学籍番号 | | 学部 | | 学科 | |
| フリガナ 氏 名 | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 電話番号 | | | | | |
| E-mail | | | | | |

※上記情報は、インターンシップ研修に関連する業務に利用します。

| | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|--|---|---|------------|
| インターンシップ研修先 | | | | | |
| 研修期間 | 20 | 年 | 月 | 日 | ～ 20 年 月 日 |
| 加入している保険 該当項目に✓を記入ください | <input type="checkbox"/> | 学生教育研究災害傷害保険及び付帯賠償責任保険 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 大学生協の保険(学生総合共済及び学生賠償責任保険) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | その他(保険名称) | | | |
| 遵守事項 記載内容を確認の上、各項目に✓を記入ください | <input type="checkbox"/> | 研修先の就業規則及び諸規定等の定めに従います。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 研修先の規範を守り,管理・監督者の指示に従います。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 研修先の業務妨害,信用失墜並びに名誉毀損となる行為を行いません。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 研修期間中に知り得た機密事項は,研修中および研修終了後においても守秘義務を負い,一切外部に漏らしません。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 故意又は過失により研修先に損害を与えたときは,賠償の責を負います。 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 自己の不注意により万が一災害を受けた場合は,自己の責任において処理します。 | | | |

※ インターンシップ参加前に、必ず「傷害保険」及び「賠償責任保険」に加入しておいてください。
また、保険に加入していても、参加前に届出していない場合は、保険適用の対象外となります。

【提出先:教務課】