

| | | | | | | | | | |
|----------------|--|-----|--|------|--|--|-----|---|------|
| キャリアセンター（決裁承認） | | | | 管理番号 | | | | - | |
| 学生課（決裁後報告） | | | | | | | | | |
| | | 課長印 | | 担当者印 | | | 課長印 | | 担当者印 |

大阪大谷大学 キャリアセンター 御中

インターンシップ 大学行事承認届

年 月 日

私は下記の通りインターンシップに参加いたしますので、大学行事としてご承認願います。

| | | | | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------|--|-----------|--|-----|
| 学 生 情 報 | 所 属 | 学 部 | | 学 科 | | 回 生 |
| | 学 籍 番 号 | | | | | |
| | ふりがな 氏 名 | | | 性 別 | 男 | 女 |
| | | | | 生 年 月 日 | 年 | 月 日 |
| | 現 住 所 | 〒 - | | | | |
| | Tel | - - | | | | |
| | e-mail | @ | | | | |
| 活 動 先 情 報 | (緊急連絡先) ふりがな 氏 名 | | | 続 柄 | | |
| | | | | Tel | - | - |
| | 企 業 名 | | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 本 社 (書類提出先) | 〒 - | | | 大学でWEBインターンシップを受ける場合のみ上記の口に✓(チェック)を入れてください。また、下記[注2]を確認して提出してください。 | |
| | 活 動 場 所 | 〒 - | | | 本社と同じ場合は「同上」と記入 WEBインターンシップの場合は、URLを記入 | |
| | 担 当 者 名 | | | | | |
| | Tel | - - | | | | |
| 報 | e-mail | @ | | | | |
| | 活 動 内 容 | タイプ() | | | | |
| | 交 通 経 路 | 自宅の最寄駅 ~ 実際の活動先の最寄駅を記入 | | | | |
| | 活 動 期 間 | 年 月 日 () ~ | | 年 月 日 () | | 日間 |

学生教育研究災害傷害保険 及び 学研災付帯賠償責任保険 加入証明書 発行願
※ 該当する口にチェックをしてください

発行をお願いします。

発行の必要はありません。

※この用紙の事前提出がない場合、「学生教育研究災害傷害保険」「学研災付帯賠償責任保険」が適用されません。

[注1] 学生教育研究災害傷害保険および学研災付帯賠償責任保険の加入証明書の発行は原則2日(土日祝を除く)かかります。
なお、インターンシップ先から提出が求められていなければ、発行の必要はありません。

[注2] 自宅でWEBインターンシップを受ける場合は、保険の対象外になります。なお、大学でWEBインターンシップを受ける場合は、保険の適用範囲となります。

[注3] インターンシップ 大学行事承認届を大学へ提出し受理された場合、そのインターンシップを教育活動の一環としての大学行事として承認されたものとします。

[注4] インターンシップ中およびその往復中に事故が発生した場合は、大学としても対応しなければなりませんので速やかにキャリアセンターに申し出てください。

[注5] 上記で知り得た個人情報、学生のインターンシップ参加状況の把握、および学生教育研究災害傷害保険、学研災付帯賠償責任保険に係る業務に限り使用します。