

インターンシップ参加届出書

敦賀市立看護大学 学長 殿

このたび、私は、下記のとおりインターンシップに参加しますので、届け出ます。

令和 年 月 日

学籍番号	
氏 名	
電話番号	自宅： 携帯：
インターンシップ 期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
インターンシップ 施設	施設名： 住所：〒 電話番号：
インターンシップ届出書を学長へ提出し受理された場合、そのインターンシップは学生保険「Will 2」の対象として承認されたものとします。 保険に加入していても、インターンシップ参加前に参加届を提出しない場合は保険適用されません。	

※この届出書はインターンシップ参加の3日前までに教務学生課に提出してください。

※上記で知れた個人情報は、学生のインターンシップ参加状況の把握、本学教職員から学生への連絡および通知に限り使用します。