

平成 年 月 日

平成29年度 単位認定型インターンシップ日程届

受入事業所名	
--------	--

インターンシップ参加者			
学籍番号	氏名	学籍番号	氏名

事前訪問日(連絡日)	月 日 ()
------------	---------

インターンシップご担当者			
部署		お名前	
電話番号			
交通費支給の有無	有 ・ 無		

※バイク、自家用車の通勤は禁止する。

※賃金については大学から断っているが、話が出た場合は必ず教務課に相談すること。

開始までのスケジュール ※受入事業所から事前準備等の指示があった場合に記入	
開始日	月 日 ()
開始日の服装・持ち物	

インターンシップの日程	
-------------	--

※実習開始1週間前までに教務課レポートボックスに提出すること。

※実習生が複数いる事業所の場合、配属部署や日程が同じであれば1枚で構わないが、異なる場合は各自提出すること。(福島県庁、福島市役所、郡山市役所等)