

インターンシップ許可願

年 月 日

上越教育大学長 殿

所 属
学 年
学籍番号
氏 名

インターンシップを下記のとおり申請しますので、許可くださるようお願いいたします。

記

現 在 の 連 絡 先		〒 Tel ()
インターンシップ中の連絡先		〒 Tel ()
期 間	年 月 日から 年 月 日まで	
志 望 理 由		
受 入 先	名 称	
	職 務 内 容	
	担 当 者	職名 氏名
	所 在 地	〒 Tel ()
推 薦 書 の 要 否		要 ・ 不要
備 考		
クラス担当教員等	氏名	事務担当者記載

- (注) 1 クラス担当教員等欄の記入は、大学院学生にあつては、専門セミナー担当教員が行うものとする。
- 2 学生及びクラス担当教員等氏名の記入は、署名（本人自署）又は記名押印のいずれかとする。
- 3 インターンシップの要項、受入先に関する資料等の写しを添付すること。
- 4 推薦書が必要な場合で、推薦書の書式がある場合は、添付すること。

