平成２９年度厚生労働省職場体験実習単位認定・保険加入状況確認書

所属学部・院：

学籍番号：

氏　　 名：

【連絡先】

電話番号：

メールアドレス：

【単位認定について】

今回のインターンシップでの単位修得予定：　あり　　／　　なし

【保険加入状況】（受入決定後の保険加入でもＯＫです）

|  |
| --- |
| 災害傷害（生命共済）保険：加入済（保険会社名　　　　　　　　　　　　　）／　未加入 |

|  |
| --- |
| 賠償責任保険：　加入済（保険会社名　　　　　　　　　　　　　）／　未加入 |

※加入済みの場合は保険会社名も記入してください

【応募に関する注意】

本インターンシップは、受入決定後に大学と厚生労働省間で覚書を締結しますので、

受入決定後の参加辞退はできません。スケジュールを十分確認のうえ応募してください。