平成２９年度女子学生霞が関インターンシップ

単位認定・保険加入状況申告書

学部・院：

学籍番号：

氏　　名：

電話番号：

メールアドレス：

【単位認定について】

本インターンシップに対する所属学部・院での単位認定の有無：　あり　　／　　なし

【保険加入状況】

災害傷害保険：　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。

インターンシップの受け入れが決定した者は、保険の証明書のコピーをキャリア・サポートルームに提出していただきます。現在未加入の場合は、受け入れ決定後、すみやかに保険に加入してください。

【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省庁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。