平成２９年度神奈川県環境インターンシップ

単位修得予定・保険加入状況申告書

学部・院：

学籍番号：

氏　　名：

【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