平成３０年度厚生労働省職場体験実習に関する

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：

E－mail：

【単位認定について】

本インターンシップの所属学部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。未加入の場合は受入決定後に速や

かに加入して下さい。

【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受入先で協定を締結しますので、受入決定後の参加辞退は出来ません。ご理解の上で応募して下さい。