**２０２０年度インターンシップに関する単位認定・保険加入状況申告書**

**インターンシップ先名称： 厚生労働省インターンシップ**

**学 部 ・ 院：**

**学 籍 番 号：**

**氏　　 名：**

**電 話 番 号：**

**E－mail(正確に)：**

**【単位認定について】**

本インターンシップは所属学部（大学院）で単位認定されますか。　あり　／　なし

※単位認定の有無については、学部（大学院）で異なりますので

詳細については所属学部（大学院）学務係等でご確認ください。

**【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ください。

**【注意】**

**受け入れが決定した場合、原則として『辞退』は出来ませんので、注意して申請して下さい。**