２０２４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：厚生労働省関東信越厚生局

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の所属学部（大学院）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。

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**

**申請してください。**