　　　年　　　月　　　日

**インターンシップ実習単位認定希望届**

**私は以下のとおりインターンシップに参加しますので、「インターンシップ実習」の単位認定を希望します。**

**◆実習概要**

　　　インターンシップ先企業・団体名

　　　実習部署

　　　実習期間　　　　　　　　　　　　 　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日

　　　実働日数　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　日　　　　　　　　　時間

　　　単 位 数　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　単位　※5日以上かつ30時間以上60時間未満…1単位

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　8日以上かつ60時間以上…2単位

**私は、科目名：「インターンシップ実習」の単位認定を希望するにあたり、単位認定要項の内容を承諾し、**

**遵守いたします。**

　　　　　　　　 　　学部　　　　　　年　　 学生番号(8ケタ)

氏　　　 名

　　　　　　　　　　　　　　　 　携帯電話番号 　　－ 　　 　－

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印 |  |
| 受付番号 |  |

―事務室チェック欄―

□学生証確認

□期間・実習内容がわかるもの

書面に「インターンシップ」の記載　□有　□無

□5日以上のインターンシップか

□授業期間・定期試験期間中でないか

（12/24～1/5、1/29～3/10の期間であれば可）

　　□有給　□無給

□合格したことがわかるもの

--------------------------------------------------------　切り取り　--------------------------------------------------------------------

|  |  |
| --- | --- |
| 受付印 |  |
| 受付番号 |  |

＜学生控＞

インターンシップ実習単位認定希望届受付証

　　　　　　　　　　学部　　　　　年

氏名

内容を精査し、単位認定対象外と判断した場合は

後日ハンズオン・ラーニングセンターより連絡します。