熊本高専熊本キャンパスインターンシップ受入についての回答票　 本　科

　　　　　　　　　　　　　　　　　　貴社名

（回答宛先）熊本高等専門学校　熊本キャンパス　学生課　国際交流推進係　東

Email: internship@kumamoto-nct.ac.jp　 FAX: 096-242-5504

(該当するものに✔や■等の印をお付け下さい。)

　１．熊本キャンパス本科４年次インターンシップ受入　□受入可　　□受入不可

　２．インターンシップ募集要項

□有り(回答送付時のメール・FAXに添付)

□有り(URL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)

□無し

３．以下、受入可能な場合にご記入願います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受入可能人員（本科4年生） | 名 | 備考（性別、学科指定等） |
| 実習期間等 | 平成　 年　　　 月　　 　日（　 　曜）～　　 　月　 　　日（　 　曜） |
| （実働２５時間以上でお願い致します） | □　３日以上５日未満 | □　１０日以上２０日未満 |
| □　５日以上１０日未満 | □　２０日以上 |
| 実　習　場　所　に　つ　い　て | 事業所名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 実習内容 | 主な実習内容をお選び下さい。□業務体験　　□プロジェクト　　□見学・説明　　□その他（概要説明） |
| 実習条件 | 宿泊場所： □有（□寮、□その他　　　 　　　　　　　 　　　　　　　）／ □無 |
| 旅　　　費： □有（□実費支給、□その他 　　　　　　　　　 　　 ）／ □無 |
| 食　　　事： □有（□実費支給、□その他 　　 　　　　　　　　 ）／ □無 |
| 実習手当： □有（　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　）／ □無 |
| そ の 他： |
| 申　し　込　み　に　つ　い　て | 申込期限 | 平成　 年　 　　月　 　　日（　　　曜日）　 |
| 申込先  | 〒 |
| 担当部・課名 |  | 担当者名 |  |
| 連絡先 |  | FAX番号 |  |
| Email |  |
| 依頼文書の宛名 | 役職名： | 御 氏 名 |  |
| 提出書類 |  |
| その他【注意事項など】 |  |
| 【＊追記】実習期間中の事故等については、国立高等専門学校機構が主体となって加入している損害保険プログラム及び独立行政法人日本スポーツ振興センター災害共済給付制度で補償することにしています。 |