

(別紙1)

## 鳥取県庁インターンシップ実習申込書 (大学等用)

年 月 日

鳥取県総務部人事企画課長 様

所在地  
学校名  
代表者氏名

「鳥取県庁インターンシップ実施要綱」の内容を理解の上、本学の学生をインターンシップによる実習生として推薦したいので、「鳥取県庁インターンシップ実施要綱」第4条第1項の規定により、次のとおり申込みします。

- 1 申込みする学生の数 名
- 2 申込みする学生の氏名及び学部（研究科）・学科（課程）等の名称  
別紙一覧表及び別添「鳥取県庁インターンシップ実習申込書（学生用）」のとおりに
- 3 申込みする学生の傷害保険及び賠償責任保険への加入状況  
今回申込みする全ての学生が、加入済み・インターンシップ決定後加入予定であることを確認しています。
- 4 インターンシップ担当者<窓口となる方を記入してください。>

ふりがな 氏名		所属 職名	
所在地 住 所	〒		
電話番号		FAX番号	
E-mail			
夏 季 休業期間	※一斉休業等、上記電話番号でインターンシップ担当者とは連絡のつかない期間 月 日 ~ 月 日	緊急連絡先 電話番号	( <input type="checkbox"/> 自宅、 <input type="checkbox"/> 携帯、 <input type="checkbox"/> その他)

- 5 その他特記事項

--

(別紙一覧表)

学校名

学生氏名	学部・学科等の名称、学年		保険の加入状況 (傷害・賠償責任)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)
	学部 (研究科)		<input type="checkbox"/> 加入済
	学科 (課程)		<input type="checkbox"/> 加入予定
	学年		( 月)

※「保険の加入状況」の項目は、該当するものを選択してください。