

熊本高等専門学校 インターンシップ証明書

実 習 学 生	科・専攻 年 番 氏名	
実 習 先	〔機関名〕	
	〔所在地〕	
	Tel :	Fax :
実 習 担 当 者	〔氏名〕	〔職名〕
実 習 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日（実働 日間 ^{注）} ） 注）土日など休業日を除いた日数でお願いします。半日は1日として数えて下さい。	
実 習 テ ー マ	※仕事のテーマをお願いします。	
実 習 内 容	※作業内容を記述願います。	
総 合 所 見 （実習状況等）	※学生の実習状況を簡単にまとめて下さい。	
評 価 ※右の番号に○を付けてください。		十分 ⇄ 普通 ⇄ 不十分
質問①	工学の基礎となる数学や物理，情報技術などの基本的な知識が身についているか？	5 -- 4 -- 3 -- 2 -- 1
質問②	与えられた仕事の内容と，全体における位置づけを理解しているか？	5 -- 4 -- 3 -- 2 -- 1
質問③	協調性を持ちながら責任を持って作業を遂行できたか？	5 -- 4 -- 3 -- 2 -- 1
質問④	社会参加への意欲と関心が感じられたか？	5 -- 4 -- 3 -- 2 -- 1
質問⑤	社会人となるための必要なマナーは身に付いているか？	5 -- 4 -- 3 -- 2 -- 1

上記の通り実習を終了したことを証明します。 平成 年 月 日

証明者 機関名

(部署名)

氏 名

印