

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 インターンシップ担当
 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。)

■受入可能な場合は以下にご記入願います。

1. 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・郵送)

有り (URL _____)

無し (本回答票のみ)

2. 募集内容

受入可能人員		<input type="checkbox"/> 本校熊本キャンパス本科4年生から _____名 <input type="checkbox"/> 全応募者の中から 合計 _____名 (選考を通過した場合のみ参加可) <input type="checkbox"/> その他(_____)		
		備考(学科の指定等)		
実習期間等 ※実働 25 時間以上でお願い致します		20 年 月 日 (曜) ~ 月 日 (曜) _____日間	20 年 月 日 (曜) ~ 月 日 (曜) _____日間	
実習 について	事業所名			
	住所	〒 _____		
	実習内容	主な実習内容: <input type="checkbox"/> 業務体験 <input type="checkbox"/> プロジェクト <input type="checkbox"/> 見学・説明 <input type="checkbox"/> その他 (概要説明)		
	実習条件	宿泊場所:	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 寮、 <input type="checkbox"/> その他 _____) / <input type="checkbox"/> 無	
		旅費:	<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 実費支給、 <input type="checkbox"/> その他 _____) / <input type="checkbox"/> 無	
食事:		<input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 実費支給、 <input type="checkbox"/> その他 _____) / <input type="checkbox"/> 無		
その他 (服装、持参用具等)	実習手当: <input type="checkbox"/> 有(_____) / <input type="checkbox"/> 無			
応募 について	申込期限	20 年 月 日 (曜日)		
	申込先	〒 _____		
	担当部・課名		担当者名	
	連絡先	TEL 番号	FAX 番号	
	Email			
	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なっています。				