

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

専攻科

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専攻科1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(学科指定等)			
実 習 期 間 等 ※実働 45 時間以上でお願い致します	<input type="checkbox"/> 夏 (概 8 月中旬から 9 月末の間 : 詳細は HP 受入依頼期間を参照) 20 年 月 日 (曜) ~ 月 日 (曜) _____日間 <input type="checkbox"/> 春 (概 2 月中旬から 3 月末の間) 20 年 月 日 (曜) ~ 月 日 (曜) _____日間 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
実 習 について	事 業 所 名			
	実 習 先 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	
実 習 手 当:		<input type="checkbox"/> 有(_____) / <input type="checkbox"/> 無		
そ の 他 (服装、持参用具等)				
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、公益財団法人 日本国際教育支援協会が取り扱っている学生教育研究災害傷害保険及び学生教育研究賠償責任保険で補償することになっています。