熊本高等専門学校八代キャンパス　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	年　月　日～　　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日として数えてください。
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ください。

上記の通り実習を終了したことを証明します。

年　　月　　日

証明者　　機関名

（部署名）

氏　名

アンケート：よろしければ，実習学生について実習の状況をお知らせください。

アンケート　※右の番号に〇を付けてください。		十分　⇔　普通　⇔　不十分
質問①	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②	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③	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④	社会人となるための必要なマナーは身についているか？	５ ― ４ ― ３ ― ２ ― １