

新潟市学生実習生（インターンシップ）申込書

年 月 日

新潟市総務部長

(教育機関名)

(代表者職名)

(代表者氏名)

新潟市学生実習生の受入れに関する要綱の遵守事項について同意するとともに、下記の学生を新潟市インターンシップ実習生として推薦します。

1. 実習を希望する学生

学校名 学部・学科・学年	
学生氏名	(ふりがな)
推薦理由等 その他特記事項	

2. 貴校の実習制度等について

実習における 単位認定の有無	有 ・ 無 (いずれかに○)
-------------------	----------------

3. 担当者

担当者名	担当部署・職名・氏名を記入してください		
教育機関 所在地	〒		
連絡先電話番号		担当者 メールアドレス	

4. 実習受入先の調整等必要な事項を確認したい場合において

学生に直接連絡を取り、意向を確認してよろしいですか？ ※いずれかを○で囲んでください。	可 ・ 不可
--	--------

- ・ 発信者は、原則として理事長や学長等、大学の代表者としてください。
 - ・ 「担当者名」「連絡先電話番号」「Eメール」は、実際の窓口となる担当の方を記載してください。
 - ・ 希望が集中した場合は新潟市において調整を行います。
 - ・ 新型コロナウイルス感染拡大防止の観点から、今後の情勢を踏まえて実習内容を変更又は中止する場合があります。
- ※複数の学生について申し込みがある場合は、学校独自の様式に代えることができます。
(ただし、上記項目内容をすべて含んだものとしてください)