平成○年○月○日

インターンシップに関する条件通知書

　学校法人○○大学

　理事長　○○　○○　殿

株式会社　○○

　代表取締役　○○　○○　　印

この度、貴校の在学生をインターンシップとして受け入れるにあたり、次の内容によることを通知いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 研修場所 | 弊社本社ビル |
| 研修部署 | ○○部○○課　　　　指導責任者（　○○　○○　） |
| 研修内容 | ○○○○○ |
| 研修期間 | 平成○年○月○日　～　平成○年○月○日　の○曜日と○曜日 |
| 時間帯 | 午前○時　～　午後○時　（休憩時間○時～○時） |
| 研修手当 | 有　（○○○円／１日）　　・　　無 |
| その他の実費 | 有　（食事と交通費として○○○円／１日）　　・　　無 |
| 保険加入 | 労災保険その他の弊社保険は適用されない。（覚書に基づき、貴校が「○○○○災害傷害保険」及び「○○○○賠償責任保険」に加入して保険料を負担する。） |

学生に関する情報

|  |  |
| --- | --- |
| 学部・学年・氏名 | ○○学部○○学科　○年　○○　○○ |
| 住所 | 〒○○○-○○○○○○○○○　○-○-○ |
| 生年月日 | ○年○月○日 |
| 連絡先 | TEL　○○（○○○○）○○○○　E-Mail（○○○＠○○○.jp） |
| （緊急連絡先）○○ ○○（続柄：　○　）　TEL：○○○（○○○）○○○○ |

インターンシップに関する条件確認書

株式会社　○○

代表取締役　○○　○○　　　　　　殿

当校の学生が御社で就業体験を行うにあたり、上記内容によることを確認いたしました。

平成　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　印