**イ ン タ ― ン シ ッ プ 生 受 入 協 議 書**

年　　月　　日

大阪広域水道企業団

総務部長　様

大学（学校）名

代表者の職名・氏名 印

大阪広域水道企業団インターンシップの実施に関する要綱第８条に基づき、本大学（学校）に在籍する学生の大阪広域水道企業団におけるインターンシップ実習の実施について、下記により協議します。

記

**１　協議対象とする学生の数**：　　　　　　名

**２　協議対象とする学生の氏名及び学部（研究科）・学科（課程）等の名称**：別紙のとおり

**３　協議対象とする学生を推薦する理由**：別紙のとおり

**４　協議対象とする学生の傷害保険及び賠償責任保険への加入状況**：別紙のとおり

**５　大学（学校）におけるインターンシップ制度の概要等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 学内でのインターンシップ制度の有無 | | □ 有　　□ 無 | | |
| 「有」を選択した場合は、以下の内容を記入してください。 | | | | |
| 単位認定の有無 | □ 有　　□ 無 | | 事前学習の有無 | □ 有　　□ 無 |
| 修了報告書・評価書の有無 | □ 有　　□ 無 | | 学内発表会の有無 | □ 有　　□ 無 |
| 協議を対象とする学生の個別の状況 | | | 別紙のとおり | |

**６　その他、特記事項（配慮の必要な事項等）**

|  |
| --- |
|  |

**７　大学等におけるインターンシップ担当者＜実際に窓口となる方を記入してください＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　　名 |  | 所 属  職 名 |  |
| 所 在 地  住　　所 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | Ｆａｘ |  |
| Ｅ-mail |  | | |
| 夏　　期  休業期間 | 一斉休業等、上記電話番号でインターンシップ担当者と連絡のつかない期間  月　　日　～　　月　　日 | 緊急連絡先  電話番号 | （□ご自宅・□携帯・□その他［　　 　］） |

※「５」「７」の項目は、該当するものを選択し、□を塗りつぶしてください。

別　紙

**大学（学校）名**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １  学生の氏名 | ２  学部・学科等の名称 | ３  当該学生を推薦する理由 | ４  当該学生の保険（傷害・賠償責任）  加入状況 | ５  単位認定  制度 |
|  | 学　部  （研究科）  　　　　　　 学　科  （課　程）  学　年 |  | □ 加入済  □ 加入予定  （　 月） | □ 有  □ 無 |
|  | 学　部  （研究科）  　　　　　　 学　科  （課　程）  学　年 |  | □ 加入済  □ 加入予定  （　 月） | □ 有  □ 無 |
|  | 学　部  （研究科）  　　　　　　 学　科  （課　程）  学　年 |  | □ 加入済  □ 加入予定  （　 月） | □ 有  □ 無 |
|  | 学　部  （研究科）  　　　　　　 学　科  （課　程）  学　年 |  | □ 加入済  □ 加入予定  （　 月） | □ 有  □ 無 |
|  | 学　部  （研究科）  　　　　　　 学　科  （課　程）  学　年 |  | □ 加入済  □ 加入予定  （　 月） | □ 有  □ 無 |

＊「４」「５」の項目は、該当するものを選択し、□欄を塗りつぶしてください。

＊受入決定後、修了証明書、評価書等の取り扱いについて確認をいたします。