

学 長	副学長	事務長	受付	学科長	担 任

インターンシップ許可願

令和 年 月 日

川崎医療短期大学長 殿

学 科 名

学 年

学籍番号

氏 名

インターンシップについて、下記のとおり申請しますので、許可くださるようお願いします。

記

施 設 名	
所 在 地	
受入部署	
実施内容	
参加期間	年 月 日 () ～ 年 月 日 () (日間)
加入保険	総合補償制度 Will 2
備 考	

※インターンシップには、就業体験を伴わない病院・施設の見学や説明会は含まれない。