

**<<学研災付帯賠償責任保険>>
実習先追加申請書**

申請日 年 月 日

学籍番号

氏 名

加入済みの「インターンシップ・教職資格活動等賠償責任保険（インターン賠）」または、「学生教育研究賠償責任保険（学研賠）」について、以下の通り実習先を追加申請いたします。

実習期間				実習先	実習内容（できる限り詳細に）
月	日	時	分～		
月	日	時	分		
月	日	時	分～		
月	日	時	分		
月	日	時	分～		
月	日	時	分		
月	日	時	分～		
月	日	時	分		
月	日	時	分～		
月	日	時	分		
月	日	時	分～		
月	日	時	分		

※エクセルで入力される場合は、印刷後に文字が枠からはみ出していないことをご確認ください。

枠内に収まっていないものは受理できません。

《キャリアセンター使用欄》

保険加入履歴確認（保険料納入確認）

スポーツ健康学科学生 学部事務室
教職課程学生 教職教育センター
に確認

その他の学生 CCの加入者リストで確認

確認印

キャリアセンター
受付印