

立正大学インターンシップ受入申請書

以下の条件にて、立正大学生のインターンシップ受入を申請します

会社(機関)名	ふりがな	
本社所在地	〒 TEL: FAX: URL: E-mail:	
ご担当者 連絡先	【担当部署】 【担当者役職・氏名】	
受入期間	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日() ~ 月 日()	【休日を含め全 日】
	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 旬 ~ 月 旬	
上記期間は【 確定しており変更不可・学生の事情により応相談 】		
受入人数	名 受入指定【男子のみ・女子のみ・指定学部のみ・男女各 名・指定学年 年】	
実習先	〒 募集部署: TEL: FAX:	
実習時間	時 分 ~ 時 分 変形労働時間の適用【あり・なし】	
おもな 実習内容 (詳しく)		
諸条件 <small>該当するものをお 選びください</small>	<input type="checkbox"/> 交通費(支給・補助) <input type="checkbox"/> 食費(支給・補助・食事を提供) <input type="checkbox"/> 制服貸与 <input type="checkbox"/> 宿泊施設 <input type="checkbox"/> 奨学金(実習手当) <input type="checkbox"/> その他()	
保険	<input type="checkbox"/> 大学加入希望(損害保険・賠償保険) <input type="checkbox"/> 受入先負担(損害保険・賠償保険)	
特記事項		

FAX送信先: 03(5487)3348