**【窓口受付用】※キャリアセンター窓口に提出後、証紙を貼付し学生センター⑦番窓口に持参すること**

記入日：　　　　年　　　　月　　　　日

学生局長　殿

**インターンシップへの学生派遣に伴う賠償責任保険加入・傷害保険適用手続申請書**

下記インターンシップへの参加にあたり、上智大学としてインターンシップを学校管理下の行事と位置づけ、学研災付帯賠責保険への

加入および学研災傷害保険の適用をお願いいたします。

**【申請者】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名〔カナ〕 | 〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 | | | | | | |
| 学部／研究科 | 学部／研究科 | | 学科／専攻 | | 学科／専攻 | | |
| 学生番号 |  | | 年次 | 年次 | 入学年度 | 20　　　　　　年　　　　月入学 | |
| 連絡先 | 電話番号： | | | | | | |
| e-mail： | | | | | | |
| 今年度の保険加入（※１） | | 申請した　　・　　申請してない | | 証明書の発行（※２） | | | 必要　　・　　不要 |

（※１）この保険は『年度』有効です。同じ年度内であれば、費用は重複して支払う必要はありません。

　　　保険の有効期限は加入日に関わらず4月入学の場合3/31、9月入学の場合8/31までとなります。

（※２）企業への提出が必要な場合は「必要」に〇をつけてください。

**【インターンシップ派遣先情報】****※全て必須事項**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企業名 |  | 実施期間 | 【　　日間】 |
| 実施場所（住所） |  | | |
| 担当連絡先 |  | | |
| 研修内容 |  | | |

【保険加入のしおり・証明書等返信先（住所・氏名）】※送付希望者のみ記入・84円切手を添えて申請のこと

|  |
| --- |
| 〒        様 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **証紙貼付欄**  **（インターン賠210円）**  （学事センター内の  証紙販売機で購入） |  | 収納印 |
|  |

【注意事項】

・証明書の発行（発送）には、3営業日（土日祝除く）かかりますので、余裕をもって申請してください。

・この保険は、故意により他人または他人の持ち物などに損害を与えた場合には適用されません。

・参加学生に発生した賠償責任については、本人が負担しなければなりません。大学が立替等を行った場合には、後日請求します。

〔以下事務局使用欄〕---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生センター | | | | キャリアセンター | | |
| 学生局長 | 事務長 | TL | 担当 | センター長 | TL | 担当 |
|  |  |  |  |  |  |  |

証明書番号：