

(様式1)

(記入日) 令和 年 月 日

牛久市長 様

牛久市インターンシップ申込書

●学生情報

学校名 (大学等名)				写 真 (縦 4 cm × 横 3 cm) 脱帽・上半身・ 正面向き
学部等名 (学部・学科・学年)	学部	学科	年	
希望学生氏名 (ふりがな)				
年齢		性別		
連絡先 ※緊急時、連絡可能な連絡先	〒 TEL : E-Mail :			
インターンシップを 希望する理由				
牛久市を希望する理由				
単位認定の有無 (条件)		条件		
加入保険名	傷害保険			
	賠償保険			
市作成書類の有無				
希望期間	第 1			
	第 2			
	第 3			
希望部署	第 1			
	<<理由>>			
	第 2			
	<<理由>>			
	第 3			
	<<理由>>			

(様式1)

●インターンシップ担当連絡先

学校名	
連絡調整担当者（部署・役職・氏名）	
電話番号	
FAX 番号	
E-Mail アドレス	
備考 ※特記事項あれば記入願います。	

インターンシップ実習を受ける学生等は以下について自署し誓約願います。

インターンシップ実施にあたり、下記の事項について厳守することを誓います。

- ・インターンシップ実習生は、実習に専念するものとし、法令（市の条例及び規則等を含む）を遵守するとともに、市の職員の指揮、監督及び助言等に従わなければならない。
- ・インターンシップ実習生は、市の信用を傷つけ、又は不名誉となるような行為をしてはならない。
- ・インターンシップ実習生は、実習を通じて知り得た秘密を第三者に漏らしてはならない。実習期間終了後も同様とする。
- ・インターンシップ実習生は、実習において、市又は第三者に損害を与えたときは、その損害を賠償する。
- ・インターンシップ実習生は、疾病その他やむを得ない理由により実習を欠席する場合は、実習開始時間前に受入担当課の長に連絡しなければならない。

年 月 日

氏名（自署）印

<留意事項>

- ・「連絡調整担当者」は、市と連絡可能な担当者の方を記載してください。
- ・受入決定後、特段の事情により決定の取消しをさせていただく場合があります。
- ・単位認定については、認定に満たない受入条件を提示する場合があります。
- ・加入保険については、確認のため保険証等の写しの提出を求める場合があります。
- ・市作成書類について、成績表や評価表等の市が作成する書類がある場合は、事前に連絡及び提出をお願いいたします。
- ・受入部署について、事前に確認をしていますが、必ずしも希望どおりの受入が決定するとは限りません。（「インターンシップ申込・受入の流れ（別紙）」参照）
- ・申込書は郵送等で提出してください。

（提出先）牛久市総務部人事課（〒300-1292 茨城県牛久市中央 3-15-1）

TEL : 029-873-2111（代） FAX : 029-873-7510

E-Mail : jinji@city.ushiku.ibaraki.jp