

御中

多摩美術大学
キャリアセンター長 田中 秀樹

インターンシップ実施のご案内

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本学の教育、研究活動に対しまして格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

本学では、これまで学習してきた授業内容を社会で実際に活かすために、社会の様々なコミュニケーションの実践の場を体験し、「社会で働く」ということを考える機会を与えることを目的として、学生にインターンシップを推奨しております。

つきましては、ご多忙のおり大変恐縮ですが以下をご確認頂き、添付の「インターンシップ受入条件確認書」および「企業・団体情報」に漏れなく記入のうえ、貴社ご準備の募集要項等詳細と共にご返送ください。内容確認の上、追ってこちらよりご連絡いたします。

敬具

記

1. 実習条件等

| | |
|------------|--|
| 実習期間 | (1)7月～9月 又は 2月～3月 (2)1日8時間の実習として1ターム1週間以内 ※(1)、(2)いずれかを選択し、授業の妨げにならないようご配慮下さい。 ※上記以外の長期実習を希望される際は事前にキャリアセンターまでご相談下さい。 |
| 1日の勤務時間 | 「就業体験」の観点から法定労働時間(1日8時間、週40時間以内(休憩時間を除く))を超える実習、深夜労働(午後10時以降翌午前5時)はお受けできません。 |
| 実習内容・受入人数 | 学生が行う具体的業務内容及び受入可能学生数を明記してください。 |
| 給与 | 原則として無給。ただし、昼食費や日当等、貴社の定めにより支給がある場合は詳細の明記をお願いいたします。 |
| 通勤費 | 原則として実習生の自己負担。ただし、貴社の定めにより支給がある場合は詳細の明記をお願いいたします。 |
| 傷害・賠償責任保険等 | 「学研災付帯賠償責任保険(インターン賠)」への加入について、貴社にてお手続きいただくか、参加学生自身が大学で加入手続きをするかをお知らせ下さい。 なお、インターン賠への加入は必須です。 (「学生教育研究災害傷害保険」は入学時全員一括加入済) |
| 実習記録等 | 実習生は、「実習記録」「出勤簿」をつけることになっております。「指導担当者の意見等」の欄は可能な限りでご記入いただければ結構です(空欄のままでも結構です)。インターン終了後、実習記録「実習期間・指導担当者の総評」にご感想等をご記入いただければ幸いです。 |

2. 備考

インターンシップはあくまでも「学生の自己進路選択の手がかり」としての就業体験です。「無給のアルバイト」「オープンデスク」としての活動はお受けできかねます。また、授業、学業を妨げる期間、勤務時間での活動もお受けできないなど、ご提示条件を検討の結果、お申し出のインターンシッププログラムをお断りする場合もございます。

また、インターンシップ参加が決定した場合、参加学生の氏名等のご連絡もお願い申し上げます。

学生の学術研究活動に対するご理解、ご配慮をお願い申し上げます。

3. 照会・確認書返送先

〒192-0394 東京都八王子市鎌水 2-1723

多摩美術大学 キャリアセンター E-mail recruit@tamabi.ac.jp ☎042-679-5608

以上

年 月 日 No. _____

多摩美術大学
キャリアセンター 長 様

| |
|--|
| 実習機関名： |
| 責任者名： 印 |

インターンシップ受入条件確認書 (兼 学生掲示シート)

下記の条件でインターンシップを実施したく、内容の確認をお願いします。
なお、選考方法等は添付の募集要項等詳細を参照してください。

記

| | | | |
|-------|--|---|--|
| 実習条件等 | 実習期間 | _____年_____月_____日 () から _____月_____日 () 計 _____ 日間実習 休日の定め <input type="checkbox"/> 土 <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> 祝 <input type="checkbox"/> その他 () | |
| | 1日の勤務時間 | _____時_____分から _____時_____分 まで 内、休憩 _____分 | |
| | 実習内容 | | |
| | 受入人数 | | |
| | 対象学年・学科 | <input type="checkbox"/> 不問 / 指定があれば詳細： | |
| | 給与等 | <input type="checkbox"/> 無 給 <input type="checkbox"/> 企業の定めにより支給 (詳細) | |
| | 通勤費 | <input type="checkbox"/> 実習生の自己負担 <input type="checkbox"/> 企業の定めにより支給 (詳細) | |
| | 傷害・賠償責任保険等 | 「学研災付帯賠償責任保険(インターン賠)」への加入について <input type="checkbox"/> 企業にて加入手続きを行います <input type="checkbox"/> 学生自身で大学にて加入手続きを行ってください (「学生教育研究災害傷害保険」は入学時全員一括加入済) | |
| 申込締切 | _____年 _____月 _____日 () <input type="checkbox"/> 消印有効 <input type="checkbox"/> 必着 <input type="checkbox"/> 随時 | | |

| | | | | |
|----------|----------|---------|----------|--|
| 受入機関・担当者 | 本社・連絡先住所 | 〒 _____ | | |
| | 実習場所 | 〒 _____ | | |
| | 部署名 | | 担当者役職・氏名 | |
| | 電話 | | F A X | |
| | E-mail | | | |

以上

