

# 履 歴 書

フリガナ

氏 名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

所 属： 金沢大学大学院医薬保健学総合研究科（博士前期課程）

専攻・学年： \_\_\_\_\_ 創薬科学専攻 \_\_\_\_\_ 年

写真糊付  
縦4cm×横3cm

大学での連絡先：〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 携帯TEL \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

現 住 所：〒 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

帰 省 先：〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

略 歴： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 高等学校 \_\_\_\_\_ 科卒業

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

研究テーマ： \_\_\_\_\_

概 要： \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

備 考： \_\_\_\_\_

## インターンシップ届出書兼誓約書

年 月 日

学生部長 殿

学域・研究科		学類・専攻	
学年		学籍番号	
氏名(※署名)	Ⓜ	携帯電話番号	

このたび、私は、下記のとおりインターンシップに参加しますので、届け出ます。また、インターンシップに参加するにあたり、下記事項を遵守することを誓います。

種 別	1. 「正課中」 科目名 ( ) 2. 「学校行事」 ※単位認定希望の場合は、1に○を付けて科目名を記載してください。 単位認定を希望しない場合は、2に○を付けてください。
実施期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (実働 日)
受入機関	企業等名： 部署名： 住所：〒 連絡先：
加入保険 ※加入している保険の番号に○を付けてください。	1. 学生教育研究災害傷害保険      2. 学研災付帯賠償責任保険 3. [大学生協]生命共済                4. [大学生協]学生賠償責任保険 5. その他 ( ) ※インターンシップに参加する学生は、必ず「傷害保険」(1・3の保険等)及び「損害賠償責任保険」(2・4の保険等)の両方に加入する必要があります。 ※1・2の保険の加入状況は、保健管理センターまたは就職支援室で確認できます。 ※1～2の保険に加入した場合は、「払込票兼受領証」の写しを添付してください。 (ただし、就職支援室で加入が確認できた場合は、添付不要です。) ※3～5の保険に加入している場合は、加入を証明する書類(加入証等)の写しを添付してください。 ※5の保険に加入している場合は、必ずインターンシップが補償の対象となっていることを確認してください。
事前研修	<input type="checkbox"/> 就職支援室主催 (DVD 含む) <input type="checkbox"/> 学類主催 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※未参加の場合は、就職支援室で DVD を借り、必ず受講してください。
申込方法	<input type="checkbox"/> 直接企業等へ <input type="checkbox"/> 就職ナビサイト (リクナビ・マイナビ等) から <input type="checkbox"/> 大学経由 <input type="checkbox"/> その他 ( )

本書類を学生部長へ提出し受理された場合、そのインターンシップは学生教育研究災害傷害保険及び学研災付帯賠償責任保険の対象として承認されたものとします。

## 《遵守事項》

1. 実習期間中は、受入機関の就業規則およびこれに基づく諸規則の定めに従います。
2. 受入機関の諸規則、規範を守り、実習期間中は管理・監督責任者の指示に従います。
3. 実習に際しては、次の事項を遵守します。
  - (1) 受入機関の名誉を毀損するような行動はいたしません。
  - (2) 受入機関の営業を妨害するような行動はいたしません。
  - (3) 実習中に知り得た機密事項については、SNS や掲示板等への書き込み等も含め、一切外部に漏洩しません。
4. 故意または過失により受入機関に損害を与えた場合は、直ちに弁償します。
5. 実習中に自己の不注意により万一災害を受けた場合は、受入機関に迷惑をかけることなく、自己の責任において処理します。

以上、誓約いたします。

提出日： 年 月 日

## インターンシップ報告書

金沢大学大学院 医薬保健学総合研究科

所属・学年	学籍番号	学生氏名
専攻・年		
派遣先企業名		
派遣期間	年 月 日～ 年 月 日 (実働 日間)	
派遣先所在地		
実習内容		
インターンシップ派遣の感想		
下級生に伝えたいこと		

※氏名の欄を隠し，薬学学務係窓口で閲覧できるようにしますので，ご了承ください。