**【郵送受付用】　※キャリアセンターへメール添付にて送付し、承認を受けたものを郵送すること**

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には「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 |  |
| 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）】

|  |
| --- |
| 〒        様 |

【注意事項】・保険加入申請の前に必ず、保険料の振込を行ってください。

・申請の際は、**①キャリアセンターにて承認された申請書／②振込保険料の振込金受取書（振込明細書）の写し／③返信用切手（新規申請の場合は140円分・今年度加入済みで証明書が必要な場合は84円分）**を封筒に入れて、下記送付先まで郵送してください。

・申請書到着後、証明書の発送までに3～4日間（土日祝除く）かかる場合がありますので、余裕をもって申請してください。

**送付先）〒102-8554　東京都千代田区紀尾井町7-1　　　　上智大学　学生センター　厚生担当**

〔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：