

令和 年 月 日

獣医学部長 殿

獣医学部 年

氏 名 _____

現 地 実 習 許 可 願

このことについて、下記のとおり実習いたしたく、許可願います。
なお、実習先には既に内諾を得ていることを申し添えます。

記

1. 実習先名：

2. 実習先住所等： 〒 _____

TEL (____) _____

3. 実習期間： 自 令和 年 月 日 () _____日間
至 令和 年 月 日 ()

4. 希望修得単位：該当する項目にチェックを付けてください。
長期現地実習 短期現地実習 単位認定不要
(複数実習を合わせて単位申請予定)

5. 保険加入の有無：該当する項目にチェックを付けてください。
学生教育研究災害傷害保険 (学研災)
学研災付帯賠償責任保険 (付帯賠償) Aコース「学研賠」
その他の保険 (加入内容が分かる書類を添付してください)

上記のとおり許可してよろしいか伺います。

学部長	教務委員長	事務長	教務担当係長	教務担当