**【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 | 【　　日間】 |
| 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。

・この保険は、故意により他人または他人の持ち物などに損害を与えた場合には適用されません。

・参加学生に発生した賠償責任については、本人が負担しなければなりません。大学が立替等を行った場合には、後日請求します。

**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：