Form 2（様式２）

　　　　年　　　月　　 日

高知県立大学長　様 (Year / Month / Date)

**Internship Plan**

（**インターン研修計画書**）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name, in print（氏名）活字体 | |  | | | |
| Signature（署名） | |  | | | |
| Period  （期間） | | From:  (Year / Month / Date) | | To:  (Year / Month / Date) | |
| Plan \* State your intern plan in detail, together with the time schedule in mind.  （計画）※具体的なスケジュールと共に、計画を詳細に記載してください。 | | | | | | |
|  | | | | | | |
| Objective (目的) | | | | | | |
|  | | | | |  | |
| Do you intend to acquire credits at your home institution after completing the internship?  （このインターン研修を終えた後に所属機関から単位を取得する予定ですか。）  \*Attach a document showing the outline of such program, if there is any.  （プログラムの概要がわかる資料があれば添付してください） | | | | | Yes / No | |
| Confirmation of the internship plan（インターン研修計画の承認） | | | | | | |
| By the professor at the sending institution, responsible for the internship program（所属機関のインターン研修プログラム実施責任者） | Name, in print（氏名） | |  | | | |
| Signature（署名） | |  | | | |
| By the UOK host professor  （受入教員） | Name（氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　Seal（印）  ※自署の場合、印不要 | | | | | |