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 |