Form5（様式5）

**Internship Certificate**

（**インターン研修証明書**）

Name of the Intern（氏名）:

Date of birth（生年月日）:

　Year　　/　　Month　　/　　Date

Affiliation（在籍機関）: \_

This is to certify that the person named above completed the Internship program at the University of Kochi, as specified below. (本状は、上記の者が高知県立大学において下記のインターン研修を完了したことを証明する。)

|  |  |
| --- | --- |
| Period of Internship  （インターン研修期間） | From to  　　　 (Year / Month / Date) (Year / Month / Date) |
| Objective（目的） |  |
| Host professor at the  University of Kochi  （受入教員氏名） |  |
| Host organization  （受入学部・研究科） | Faculty/School of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Date（発行日）:

Year　/　Month　/　Date

\_\_\_

President

University of Kochi