学生教育災害傷害保険及び学研災付帯賠償責任保険加入証明書交付願

Request Form for the Insurance Certificate of GAKKENSAI and GAKKENBAI

　　　　　　 　　年　　月　　日

(Year, Month, Day)

学生支援課長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 学籍番号  Student ID number |  |
| 所属  Affiliation |  |
| 氏名  Name |  |
| 電話番号（携帯）  Tel (mobile) |  |

To: Head of the Student Support Division

下記の理由により、学生教育災害傷害保険及び学研災付帯賠償責任保険の証明書の交付をお願いいたします。

I hereby request the insurance certificate of GAKKENSAI and GAKKENBAI for the following reason.

|  |  |
| --- | --- |
| 使用目的  Objective of Use |  |
| 提出先  Destination of Submission |  |
| 活動日  Period of Activity | 年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日  　　　　　(Year, Month, Day)　　　　　　　　　　(Year, Month, Day) |

【注意】インターンシップでの本保険の適用は、大学の教育研究活動の一環として事前に位置付けられた正課、学校行事として実施するインターンシップのみです。（企業が主催するインターンシップには適用されません。）(Caution) The insurance only applies for students that will be engaged in activities and internships that are recognized and/or required by the Institute as part of its educational curriculum. The insurance will NOT be applicable during periods in which the student is engaged in internships offered by corporations.

交付希望（①または②を選んでください。）

Please choose either ① or ②

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 来 室   At Office | 年　　　月　　　日 AM　・　PM  (Year, Month, Day)  大岡山　・　すずかけ台  Ookayama / Suzukakedai |
| 1. 学内便   Campus Mail | Mailbox No.:  　教員名はフルネームで記入（　　　　　　　　　　　　　　　　）研究室  Full name of faculty staff/laboratory |