

【医歯学系インターンシップ応募承諾書】

※学生記入欄を除き、指導教員が記載してください。

湯島学生支援室長 殿

年 月 日

下記学生については学業優秀であり、また、人間的にも信用に足る人物であることから、本インターンシップ応募に推薦いたします。

指導教員氏名 _____

連絡先 E-mail _____

(学生記入欄)

応募するインターンシップ名称：

所 属：

専攻分野：

氏 名：

フリガナ：

学籍番号：

※本書式は、学生から学生調査票（インターンシップ提出書類）と一緒に、湯島学生支援センター（湯島学生支援室）に e-mail にて提出させてください。

〈メールアドレス〉 scenter.stc@tmd.ac.jp

※学生は以下注意事項を承諾のうえ、応募しています。

(注意事項)

1. インターンシップ応募の際は、指導教員等に応募する旨の承諾が必要です。
2. 指導教員に応募承諾書を記載いただき、調査票（提出書類）提出時に、指導教員に必ずメールを共有（cc）してください。
3. インターンシップを希望する期間に講義や実習、試験等、修学と重なることのないように各自シラバスを確認して応募してください。