

インターンシップ保険加入証明書

下記の者は本校で「インターンシップ保険」に加入していることを証明する。

記

| | |
|-------|--|
| 学校名 | |
| 学籍番号 | |
| 学部・学科 | |
| 学 年 | |
| 学生氏名 | |

証明日：平成23年 月 日

学校印

