

インターンシッププログラム申込書

2017 年度夏期（2017 年 8 月）受け入れ回

兵庫県立大学大学院
シミュレーション学研究科

大学・高専名：

学部・専攻科／学科名：

学年：

申込者氏名（ふりがな）：

現住所：（〒 ）

電話番号：

E-mail：

希望研究室名：

（実習テーマ一覧から、希望するテーマの担当教員名を希望する順に記入して下さい。複数記載可。）

応募の動機，その他の希望：

（受け入れ先選考の際に参考にすることがあります。空白でも構いません。）

日程の希望：8月 21日～8月 25日 8月 28日～9月 1日 どちらでもよい

単位認定の必要性の有無：有 無

（有の場合：認定要

件

）

宿泊施設の必要性の有無：有 無

兵庫県立大学大学院シミュレーション学研究科では、個人情報の適正な取り扱いに努めています。記入していただいた個人情報は本インターンシッププログラム実施の目的にのみ使用します。