

インターンシッププログラム申込書

2018年度夏期(2018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20日(月)～8月24日(金) 8月27日(月)～8月31日(金)
 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。