

F A X

岡山県教育庁高校教育課

「教師への道」インターンシップ事業係（荻野）あて

F A X 番号： 0 8 6 - 2 2 4 - 2 5 3 5**「教師への道」インターンシップ事業 保険加入願**

提出日：令和 年 月 日

ふりがな		性別		年齢		歳
氏名		生年月日				
		昭・平	年	月	日	
大学名		年次		年		
学部・学科・ 課程・専攻名等						
活動(予定)先 (学校園名)						
現住所	〒	電 話	自宅			
			携帯			
E-mailアドレス						

※ 保険への加入は必須条件です。

県教育委員会での保険加入手続きを希望する場合は、原則インターンシップ等を開始する月の前の月の15日までに「保険加入願」を提出してください。

(例) 9月中にインターンシップ等を開始したい場合は、8月15日までに提出する。)