**受入れ先企業・団体ご担当者様→インターンシップ事業推進室**

9/24（土）締切

FAX：075-353-9101　E-mail：intern@consortium.or.jp

**公益財団法人　大学コンソーシアム京都**

**２０１６年度インターンシップ・プログラム　実習状況報告書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講番号 |  | クラス | ― |
| 実習生氏名 |  |
| 受入れ企業・団体名 |  |
| **＊実習先ご担当者記入欄** | 実習部署又はﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾄ名 |  |
| 実習期間 | ２０１６年 月 日（ ）～ 月 日（ ） |
| 出勤状況（該当に■） | 出勤予定日数（　　　）日間 |
| □全日出勤□欠勤（ ）日 理由： |
| 実習状況（該当に■） | □大変良好　□良 好　□普 通　□やや不良　□不 良 |
| ＜コメント＞ |
| 指導責任者氏名 | 所 属： 氏 名： |

実習終了後、実習先ご担当者記入欄にご記入のうえ、原本を貴社・貴団体において保管いただき、写しをＦＡＸ、メール添付、もしくは郵送で9月２４日（土）までに大学コンソーシアム京都 インターンシップ事業推進室へお送りください。