

熊本大学 工学部
ラボインターンシップ 申請書

令和 年 月 日

熊本大学工学部長 殿

ふりがな

氏名:

高等専門学校名:

高等専門学校

学科・専攻科:

学科・専攻

学 年:

年生

学生番号:

電話番号:

メール:

下記のとおり、貴学部のラボインターンシップ(Laboratory Internship Program)に参加したいので、関係書類を添えて願います。なお、申請にあたり弊学の担当教員(学科長等)に了承を得ていることを申し添えます。

記

希望する学科	学科			
希望する研究テーマ番号 (複数記載可)	第1希望		第2希望	
	第3希望		第4希望	
	<input type="checkbox"/> 上記の希望以外でも構わない			受入数、日程等で希望テーマでの受入が難しい場合、関連する他のテーマでも良い場合は、チェックを入れてください。
参加可能な時期 (できるだけ幅広く記載してください)	令和 年 月 日()	～	月 日()	
	令和 年 月 日()	～	月 日()	
	令和 年 月 日()	～	月 日()	
希望する日数(3日間以上)	日間			
備 考				

所属高専の担当者 (学科長等)	所 属	
	役 職	<input type="checkbox"/> 学科長 <input type="checkbox"/> インターンシップ担当教員 <input type="checkbox"/> 研究指導教員 <input type="checkbox"/> 学年担任 <input type="checkbox"/> その他()
	電 話	
	メー ル	
	郵送先住所	
	氏 名(自署)	