高知大学希望創発センター　第24期SBインターンシップ

参　加　申　込　書

年　　月　　日

1. **参加要件確認**

|  |
| --- |
| SBインターンシップの取り組みに社員が参加するにあたり、参加要件が記載されているプログラムガイドブックの内容に同意しますか？ |
| □同意する　　　　　　□同意しない |

1. **企業情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 企業名 | 　 |
| 企業所在地住所（郵送先） | 　 |

1. **窓口担当者**

SBインターンシップ参加に際しての窓口担当者様についてご記入ください。セミナー開催や手続きに関するご案内をお送りいたします。

※複数名の場合は枠を追加のうえ、お一人分ずつご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属部署・役職名など | 　 |
| 連絡先アドレス | 　 |
| 連絡先電話番号 | 　 |
| 勤務先住所　 | 　 |

1. **参加者（SV）**

　SBインターンシップのプログラムに参加されるSV様について、お決まりでしたらご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所属部署・役職名など |  |
| 連絡先アドレス |  |
| 連絡先電話番号 |  |
| 勤務先住所 |  |

1. **請求書に関する情報**

参加料の請求書を発行するにあたり、以下の情報をご入力ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 請求書宛名の【代表者役職・氏名】※記載がない場合は、企業名のみで発行となります。 |  |
| 請求書送付先の【担当者所属・氏名】 |  |
| 請求書送付先の【郵便番号】 |  |
| 請求書送付先の【住所】 |  |

1. **個人情報等利用承諾の確認**

|  |
| --- |
| ご記載いただいた個人情報については、SBインターンシップに関する事務連絡、活動支援、その他管理・運営に関する業務を目的として利用し、厳正に管理をいたします。取り組みに関する写真、動画、活動内容（タイトル、報告まとめ資料等）は、広報活動及びセンター活動のアーカイブとして公開いたします。また、修了後もSBインターンシップに関する情報提供などを行い、本センターと修了生との関係を保つために利用いたします。修了後に情報提供を必要としない場合は、事務局までお申し出ください。 |
| □　同意する　　　　　　□同意しない |

以上で終了となります。ご不明な点等ございましたら、お知らせください。

ご記入いただきありがとうございました。

**■申し込み先**

宛先：高知大学希望創発センター（E-mail：kibou@kochi-u.ac.jp）

件名：【高知大学SBI】第24期参加申込み

**■申し込み期限**

　　　2024年６月28日（土）

**■お問い合わせ先**

高知大学学務課　学習・研究サポート係

〒780-8520　高知県高知市曙町二丁目5番1号

TEL：088-844-8440

E-mail：kibou@kochi-u.ac.jp