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](mailto: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