インターンシッププログラム申込書

2017年度夏期（2017年8月）受け入れ回

兵庫県立大学大学院

シミュレーション学研究科

**大学・高専名**：

**学部・専攻科／学科名**：

**学年**：

**申込者氏名（ふりがな）**：

**現住所**：（〒　　　　）

**電話番号**：

**E-mail**：

**希望研究室名**：

（実習テーマ一覧から，希望するテーマの担当教員名を希望する順に記入して下さい．複数記載可．）

**応募の動機，その他の希望**：

（受け入れ先選考の際に参考にすることがあります．空白でも構いません．）

**日程の希望**：□8月　21日～8月25日　□8月28日～9月1日　□どちらでもよい

**単位認定の必要性の有無**：□有　　□無

（有の場合：認定要件　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**宿泊施設の必要性の有無**：□有　　□無