修　得　単　位　認　定　願

年　　月　　日

大 東 文 化 大 学 長　　殿

学部　　学科 学籍番号

氏名　　印

インターンシップ実習にて取得した下記の科目を、本学で修得した科目として認め、単位認定していただきたくお願い致します。

記

(1)インターンシップ実習先

実習先 ：

実習期間 ：　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで

(2)希 望 科 目　　※印欄は記入しないこと。

認 定 申 請 科 目	認定単位数	※ 可・否	その他
※所見			
以上計　　科目　　単位を振替認定することを適当と認める。学科主任　　印			