

(様式 1)

文書番号
日 付

岩手県立博物館長 あて

依頼大学の長 印

平成29年度博物館館園実習の依頼について

このことについて、学芸員に関する単位を履修中の本学学生について、貴館における博物館館園実習を下記により希望いたしますので、承諾願います。

記

- 1 学生名、所属学部学科、専攻等、学年
(複数名の場合は列記してください。)

- 2 実習期間 (予定)
平成29年8月17日 (木) ~ 24日 (木) ※8月21日 (月・休館日) を除く7日間

- 3 その他
 - (1) 上記学生は、平成29年度内に卒業 (修了) 見込みです。
 - (2) 上記学生は、博物館館園実習以外の単位を取得済み (見込み) です。

大学 博物館館園実習担当者連絡先

住所

所属

氏名

電話

ファックス