

# 海外渡航届

## Temporary Leave Notification for Traveling Abroad

学部長・研究科長・教育部長 殿

To the Dean

日付 Date : Year 年 Month 月 Day 日

学生番号

Student Number

所属学部・研究科・教育部

Department

氏名

Name

下記のとおり渡航しますので、届出します。 I notify to go abroad as follows.

渡航先 Destination	国・地域名 Country/Region: ※ 渡航先が複数ある場合は裏面に詳細を記載してください。 When there are a plurality of destinations, please fill in the details on the back.	都市名 City:
渡航期間 Travel Period	From Year Month Day To Year Month Day 年 月 日 ~ 年 月 日	
渡航目的 Purpose (該当項目を■に変えてください。) Please change "■" in the item "□" which you chose.	<input type="checkbox"/> 留学・語学研修 (休学する場合も含む) Studying Abroad <input type="checkbox"/> 学会・会議等出席 Conference <input type="checkbox"/> 研究・調査 Research and Surveys <input type="checkbox"/> インターンシップ Internship <input type="checkbox"/> ボランティア Volunteer <input type="checkbox"/> 一時帰国 (外国人留学生のみ) Temporary Leave for Your Home Country (Only for International Students) <input type="checkbox"/> 観光 Sightseeing <input type="checkbox"/> その他 Others :	
パスポート Passport	旅券番号 No.	査証 (ビザ) の種類 (該当者のみ) Visa Status
海外旅行保険 Travel Insurance	保険会社名 Insurance Company	支店名 Branch 電話番号 TEL
渡航中の緊急時連絡先等 Contact Information in Case of Emergency	Eメールアドレス Your E-mail Address	
	国際通話可能な携帯電話を所持する場合の番号 A mobile phone number available for international calls (本人・同行者) Yours / A companion's	
	日本国内 in Japan	TEL & E-mail: 連絡者氏名・続柄 Contact Person & Relationship: ( )
	旅行会社 (該当時) Travel Agency	会社名 (支店名) Agency's Name (Branch): ( ) TEL & E-mail:
確認事項 Confirmation	(日本人のみ) Only for Japanese (該当項目を■に変えてください。) <input type="checkbox"/> たびレジへの登録 (海外滞在3ヶ月未満の場合) <input type="checkbox"/> 在留届の提出 (海外滞在3ヶ月以上の場合) 渡航先の海外危険情報 Overseas Safety Level (確認の上、■に変えてください。) Please change "■" in the item "□" after confirming. <input type="checkbox"/> 外務省「海外安全情報」の渡航国・地域別の危険情報が発出されていない、若しくは危険レベルが1以下であることを確認し、渡航及び滞在については特別な注意を払います。 I have confirmed that the Overseas Safety Level by the Ministry of Foreign Affairs is not announced or Level 1 or less, and keep in mind to pay special attention to my trip.	
帰国後の実習等 After Returning to Japan (該当項目を■に変えて、必要事項がある場合は記入してください。(病院で実習を受ける予定の学生のみ)) (Only for trainees at hospital) Please change "■" in the item "□" and fill in the blanks if necessary	<input type="checkbox"/> 帰国後3週間以内に病院等での臨床実習・臨地実習 (注) が予定されている。 Training at hospital is scheduled within 3 weeks after returning to Japan. 実習名 Training Title : 実習先 Training Site : 診療科等 Department : 実習開始日 Start Date of Your Training : 年 Year 月 Month 日 Day (注) 徳島大学病院、学外病院での臨床実習や事業所等での臨地実習、また、医学科3年生での医学研究実習 (研究室配属) で病院への立入を行う場合も該当します。 <input type="checkbox"/> 帰国後3週間以内に病院等での臨床実習・臨地実習は予定されていない。 Training at hospital is not scheduled within 3 weeks after returning to Japan.	

- ◆ 提出後に変更事項があった場合には、提出先に連絡して修正してください。  
Please make sure to inform of your department to revise it in case of changing your schedule after submitting this notification.
- ◆ この届に記入された個人情報等は適切に取扱い、海外渡航における安全管理・対応業務のみに使用します。  
Personal information that you filled out will not be used for any purposes except safety management on going abroad.

