

**Communication Slip for Educational Research Activity
Covered by Comprehensive Travel Insurance
海外旅行保険包括契約対象プログラム連絡票**

Student mentioned below is traveling abroad for educational research activity which is covered by the comprehensive travel insurance. Please apply comprehensive contract and process the travel insurance.
下記学生は海外旅行保険包括契約の対象となるプログラムで海外渡航いたしますので、海外旅行保険の加入手続きにおいて包括契約を適用の上、手続きいただきますよう、お願いします。

記

Student ID

学生番号

Name

学生氏名

Program Name

プログラム名

Educational Research Activity (

教育研究活動 (

Graduate Course/Faculty)

研究科／学部)

Country/Region

派遣国／地域

Duration

派遣期間

～

Special Notes (If any)

特記事項 (あれば)

以上

Date
日付

Year
年

Month
月

Date
日

Approved By
事務取扱者

Department
所属

Position
職

Name
氏名

自署

このページは参考用です。

フォームへのアップロード及び提出は必要ありません。

「事務取扱者欄」には、支援室の職員または担当教員から必ず自署（サイン）をもらってください。

この自署は、あなたが大学の認めた正規の渡航者であることを証明するものです。

これがなければ、大学専用の特別な保険（包括契約）を適用することができません。

連絡票は、保険期間中ご自宅にて保管をお願いいたします。

※事故等の緊急時には、こちらに署名した担当者へ連絡をする場合があります。

Communication Slip for Educational Research Activity
Covered by Comprehensive Travel Insurance
海外旅行保険包括契約対象プログラム連絡票

Student mentioned below is traveling abroad for educational research activity which is covered by the comprehensive travel insurance. Please apply comprehensive contract and process the travel insurance.
下記学生は海外旅行保険包括契約の対象となるプログラムで海外渡航いたしますので、海外旅行保険の加入手続きにおいて包括契約を適用の上、手続きいただきますよう、お願いします。

自身で記入

記

学会の場合は、学会名を記入

Student ID 学生番号	_____		
Name 学生氏名	_____		
Program Name プログラム名	Educational Research Activity (教育研究活動 (Graduate Course/Faculty) 研究科／学部)	
Country/Region 派遣国／地域	_____		
Duration 派遣期間	自宅出発日		自宅帰宅日
Special Notes (If any) 特記事項 (あれば)	_____		

以上

支援室職員または教員の自署が必要!!

Date 日付	Year 年	Month 月	Date 日
Approved By 事務取扱者	Department 所属		
Position 職			
Name 氏名			