

教授承認印	
指導教員印	

海外渡航届

_____年____月____日

医学研究科長 殿

※該当するいずれかに丸をしてください。

医学・医科学・社会健康・マギル専攻 修士・専門職・博士・博後・研究生

学生番号： _____ 回生

氏 名： _____
(自 署)

〒 _____ Phone : _____

住 所： _____

E-Mail : _____

このたび、下記のとおり海外渡航しますのでお届けします。

記

(1) 目 的： 該当するいずれか1つを選択し、「10. その他」の場合は具体的な内容を記入してください。

1. 観光 2. 帰省・課外活動 3. 語学研修 4. 留学 5. インターンシップ(※1) 6. 青年海外協力隊
7. 研究 8. 調査 9-1. 学会出席及び調査研究活動等(※2) 9-2 学会出席
10. その他 _____ 11. ダブルディグリー / ジョイントディグリー派遣

※1 インターンシップについては、企業等で専ら就業体験を積むことを目的としている場合のみ選択してください。

※2 学会での発表や参加に加えて、現地で研究指導を受けたり、研究打合せや学術調査等を行う場合は9-1を選択。
学会での発表や参加のみが目的の場合は9-2を選択してください。

(2) 期間： 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日 ～ 西暦 _____ 年 ____ 月 ____ 日

(3) 渡航国・区域・都市： _____

※複数国訪問する場合は全て記載。但し目的が3～10の場合は、項目(4～7)について、別紙により国毎に記載。

(4) 渡航先機関： _____

(5) 渡航プログラム名等： _____

※参加プログラム名・科目名・渡航内容を書いてください。プログラム内容等のわかるものがあれば添付してください。

(6) 渡航費用負担機関名・奨学金等： _____

(7) 単位修得について(目的が3～10の場合、以下から該当するものを一つ選んでください)： _____

1. 先方単位修得見込み有り 2. 本学単位修得見込み有り 3. 単位修得見込み無し

(8) 渡航中の日本国内緊急連絡先：

氏名： _____ 渡航者との関係： _____ 電話等： _____

(9) 渡航中の渡航者連絡情報： E-Mail・Phone(上に記載以外)： _____

宿泊先： _____ パスポート番号等： _____

(10) 海外旅行保険：会社名： _____ 保険番号： _____

(11) 安全保障輸出管理関連確認事項(目的が4～10の場合、以下に回答してください)

①本渡航で他社への技術提供がある。 ☐はい ☐いいえ②本渡航では『市販の「パソコン、デジカメ、携帯」以外』の研究機材、測定器、サンプル等を
ハンドキャリー、あるいは別送する。 ☐はい ☐いいえ

※①②のいずれか1つでも「はい」の場合は、安全保障輸出管理様式2による審査を受けなければ渡航できません。

□様式2を国際掛に提出し、取引可を確認済

様式2：<https://u.kyoto-u.jp/f90pn> 提出先：a40anzen@mail2.adm.kyoto-u.ac.jp

注1：氏名欄は自署してください。 注2：日本学生支援機構奨学生で、3か月以上留学する場合は、学務部学生課奨学掛で手続きをしてください。

事務記入： 大学間交流 ・ 休学 ・ DD/JD(派遣) ・ 国費等奨学金在籍確認(未/済)