渡　航　届　出　書

令和　　年　　月　　日

独立行政法人　地域医療機能推進機構
東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校
学　　校　　長　　殿

学　　年
学籍番号
氏　　名

下記により海外への旅行を予定していますのでお届け致します。

記

１．旅行先

２．国内連絡先（旅行社）

３．旅行期間　　令和　　年　　月　　日から
　　令和　　年　　月　　日まで　　日間

４．日　程

月　日	滞在先	連絡場所