

同意書

令和 年 月 日

日本赤十字看護大学 学長 様

保証人署名： _____ (印)

続柄 (_____)

住 所： _____

電話番号： _____

私は、下記の者が、下記期間に海外活動及び海外研修に参加することに同意します。
また、私は、活動中に起こりうる事故や損害等のすべての問題についての責任を負うこととし、日本赤十字看護大学に対し一切の補償等を請求いたしません。

記

学生氏名 (学籍番号) ※	(_____)
連絡先 (携帯の番号)	
メールアドレス	
海外活動の期間※	出国： 年 月 日 帰国： 年 月 日
活動場所(国名・都市)※	国名： _____ 都市： _____
活動の内容	
保険加入について※	必ず海外旅行保険に加入してください。 (保険会社名： _____ 契約プラン： _____)
緊急時の連絡先	氏 名： _____ 続柄 (_____) 電話番号： _____

1. 保証人署名、続柄、住所、電話番号は、保証人が自筆で記入してください。
2. 大学が契約する緊急相談窓口「安心サポートデスク」(日本アイラック(株)) (※別紙【アイラック安心サポートデスク】のご案内参照)へ、学籍番号メールアドレス及び上記※印に記載の情報を提供しますので、ご了承ください。