令和　　年　　月　　日

医学部長　鬼形　和道　様

所属・学年

氏　　　名

病院見学・マッチング（採用試験）申請書

1.期　間（移動日含む）

　　　　　　令和２年　　月　　日　～　令和２年　　月　　日

2.目的地　　　　　　　　　都・道・府・県　　　　　　　　　　市・区・町・村

3.移動手段　　自家用車・鉄道・バス・航空機・船舶・その他

4.理　由

（行き先施設等の名称と移動経路等行動範囲も分かるよう出来るだけ詳細に）

〇厳守事項

・必ず復帰後２週間は自宅待機し，健康観察を行うとともに，その間，不要不急の外出

を控え，他者との接触を極力控えてください。

・本申請に基づく移動で自宅に戻ったら msa-kyomu@office.shimane-u.ac.jp 宛まで

必ず連絡をしてください。

・訪問先への依頼文書が必要な場合は、１週間前までにメールでこの申請書と共に申し

込みください。依頼文書は基本的に本学仕様で作成しますが、指定書式がある場合は

その様式を添えてください。