

様式-18

緊急時学生情報カード

記載年月日： 年 月 日

氏名：	生年月日： 年 月 日
血液型（該当を囲む）：A B O AB , Rh(+) Rh(-)	
現住所：	
電話番号：() -	
その他の住所（帰省先など）：	
電話番号：() -	
携帯電話： 無 ・ 有 番号： - -	
メールアドレス：(1)	(2)
パスポート： 無 ・ 有 番号：	
海外旅行保険 加入先： 保険番号：	
緊急時の連続先（親族以外も含む）	
(1) 氏名：	本人との関係：
住所：	
電話：	e-mail:
(2) 氏名：	本人との関係：
住所：	
電話：	e-mail:
被扶養者の場合、扶養者の氏名・連絡先（上記にない場合）	
氏名：	本人との関係：
住所：	
電話：	e-mail:
研修地での連絡先	
滞在先名：	電話番号：
住所：	
期間 年 月 日 ～ 年 月 日	
研修地での研修指導責任者	
氏名：	所属：
住所：	
電話：	e-mail
健康上の留意点（研修に支障を及ぼす可能性のある健康上の既往歴など）	
最近かかった歯科医院：	
記載しました項目の内容については、相違ありません。	
年 月 日	署名