

年 月 日

## インド福祉村病院(研修): 訪問申込書

認定特定非営利活動法人 インド福祉村協会  
理事長 山本 左近 殿

下記のとおり、インド福祉村病院への訪問を申し込みます。

申込者又は代表者氏名					
住所	〒	—	TEL		FAX
			携帯		
			E-mail		
紹介者氏名					
訪問予定日		年 月 日		～ 年 月 日	
(原則として1ヶ月くらい前までに提出願います)					
訪問目的					

【訪問者心得】 ～ インド福祉村協会のホームページを熟読し、以下のことを理解してください

- (1) 訪問時には、インド福祉村協会の目的・主旨に反した行動をいたしません。
- (2) 訪問時には、インド福祉村病院の基本理念に従った行動をします。
- (3) インド福祉村病院内では、院内規則に従って行動します。

【制約事項】 ～ 下記の制約事項を承諾願います

- (1) 訪問については、すべて訪問者の自己責任・自己負担で行ってください。  
(当協会ではインド旅行の実績が豊富な旅行会社 (株)トラベルサライの利用を推奨しています)
- (2) インド福祉村病院との調整は、インド福祉村協会が行います。  
直接、インド福祉村病院との調整はご遠慮願います。
- (3) 訪問時期・訪問目的によっては、訪問をお断りすることがあります。  
インド福祉村協会から訪問許可を得られてから訪問をしてください。  
訪問の可否は、申込書受領後、できる限り速やかにご連絡いたします。
- (4) 訪問時にはインド福祉村病院のインド人スタッフに負担をかけないでください。

訪問者情報 (学生の方は勤務先情報に学校名・学部名をご記入ください)

No.	氏名(自筆)	性別	勤務先情報		インド国 訪問回数	訪問者心得	制約事項
			業種(学校名)	職務(学部)			
		男・女				<input type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> 承諾する
		男・女				<input type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> 承諾する
		男・女				<input type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> 承諾する
		男・女				<input type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> 承諾する
		男・女				<input type="checkbox"/> 理解した	<input type="checkbox"/> 承諾する

申込書提出先: 認定特定非営利活動法人 インド福祉村協会 事務局

FAX: (0532)46-4899

E-mail: [info@iwvs.jp](mailto:info@iwvs.jp)