

海外渡航状況

施設・学校名又は医療機関名：

実習生・研修生氏名：

【栄養科実習生のみ】

渡航先（国及び地域名）	検査結果		備考
	出国日	帰国日	

（該当がない場合は『該当なし』と記載し提出して下さい）

上記の通り証明します。

年 月 日 施設・学校名又は医療機関名

施設・学校責任者又は医師名

印

作成日：2025.8.15