県外移動届

年　　月　　日

　長崎純心大学長　様

学籍番号

氏　　名

電話番号（携帯）

※日中必ず連絡が取れること

県外に移動することを届け出ます。

内容に変更が生じた場合は、直ちにその内容を大学に報告します。

記

1．移動の目的

2．移動先名

住所　　〒

3．移動期間　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日

注意事項

1）移動先において、クラスター感染が発生するような場所・集会への参加はひかえ、密閉・密集・密接の条件が重なる場所を避け、咳エチケットや手洗い等の対策を講じること。

2）移動先で体調不良等があった場合は直ちに学事課へ連絡し、その指示に従うこと。

3）長崎県に戻る前に学事課に連絡し、その指示に従うこと。

提出・連絡先

長崎純心大学　学事課

095-846-0084(代表)