**大阪大学**

**ヒューマンウェアイノベーション博士課程プログラム**

**海外インターンシップ**

参加学生および家族等関係者　各位

大阪大学

ヒューマンウェアイノベーション博士課程プログラム

プログラムコーディネーター 清水 浩

**海外インターンシップ中の不慮の事故等に対する責任について**

大阪大学「博士課程リーディングプログラム」ヒューマンウェアイノベーション博士課程プログラムでは、履修生は、博士後期課程あるいは5年一貫制博士課程3年次以降でインターンシップを行うことになっております。本プログラムを担当する各研究科においては国内外インターンシップをこれまでに実施しており、安全管理に関しては十分に体制を整えております。

海外インターンシップでは、海外の研究機関において共同研究を経験し、参加学生が国際協調連携型プロジェクトをグローバルな視点、及び強いイニシアティブをもって先導する手法・能力を体得することをめざします。

本プログラムといたしましては、現地で指導にあたる研修先機関の教員と連絡を密にし、必要に応じて教職員を訪問させるほか、電子メールおよび電話による連絡体制を確立することにより、参加学生諸君の研修期間における安全と研修成果を生む環境作りに、可能な限りの配慮をいたします。しかしながら、自然災害や不可抗力な事故、参加者自身の故意または不注意により生じた事故等、あるいは所持品の紛失等に対しては、賠償その他の責任を大阪大学（本プログラム）が負うことはできませんので、あらかじめご了承ください。また、当然のことながら、本人の自由行動中の事故に関しても、その責任を負うことは致しかねます。

 今回のインターンシップに関しましては、万一の事故に備え、参加者全員に海外旅行総合保険に加入していただきます。航空機の事故に対しては、国際航空協定に準拠して補償されます。

また、渡航中にトラブルに巻き込まれたり、困ったことが発生した場合に24時間365日サポートしてくれる、日本エマージェンシーアシスタンス株式会社の「留学生危機管理サービス（OSSMA）」に加入していただきます。OSSMAは保険ではなく、渡航中の危機を最小限の損失にとどめるためのアシスタンスサービスです。

 以上の点をご了承いただけましたら、別紙の誓約書にご署名・捺印いただき、期日までにプログラム事務局にご提出ください。海外インターンシップ参加につきまして、ご理解とご協力を賜わりますようお願い申し上げます。

**誓　 約　 書**

大阪大学

ヒューマンウェアイノベーション博士課程プログラム

プログラムコーディネーター 清水浩 殿

私は、大阪大学がヒューマンウェアイノベーション博士課程プログラムにおいて、海外への派遣を伴う学習プログラム（以下、インターンシップ）に参加するにあたり、以下の事項を守ることを誓約いたします。

1. インターンシップ参加中は、大阪大学が派遣する学生であることを自覚し学生としての品位と矜持をもって行動するとともに、研修先の規則を守り、学業に精励いたします。
2. インターンシップの研修期間を満了いたします。
3. 研修先の国の法令を遵守し、文化・風習・慣習を尊重し、社会秩序に違反いたしません。
4. 指導された事項に留意し、行動いたします。
5. 自己の責任において危機管理を行うこととし、参加期間について補償される海外旅行保険に加入しました。
6. インターンシップ参加中の自然災害、テロ災害、航空機等交通機関にかかわる事故ならびに前記以外の人為的、不慮不可抗力による事故、あるいは本人の故意または 不注意による事故（本人の持病に起因するものを含む）によって生じた結果について、大阪大学に対して損害賠償請求はいたしません。
7. 研修先において、大規模自然災害、政治・経済・社会的な危機、各種感染症の蔓延等の危機的状況が発生し、本国外務省等の政府関連機関から発出される海外安全情報等にもとづき、派遣学生の生命・身体に及ぶ危険の度合いを勘案し、大阪大学が研修の延期・中止や帰国の勧告等を行う場合があるが、これによって生じた結果について、大阪大学に対し損害賠償請求はいたしません。
8. 出発前の必要書類は期日までに提出いたします。また、帰国後すみやかに報告書類をプログラムに提出いたします。
9. 事前研修などを無断で正当な理由なく参加しなかった場合、ならびにこの誓約書に記載された事項に違反した場合には、大阪大学から参加許可を取り消されることを了解します。
10. 国立大学法人大阪大学が契約する、日本エマージェンシーアシスタンス株式会社（以下、EAJ）が提供する「留学生危機管理サービス（OSSMA）」の利用に際して、EAJが知りえた疾病やトラブルなどを含む個人情報を、ヒューマンウェアイノベーション博士課程プログラムの担当者及び医療機関等に適宜開示することに、予め同意します。

令和　　年　　月　　日

(自署または印)

|  |  |
| --- | --- |
| 研究科 ・ 学年 | 　　 |
| 　　　　　　　氏　 名 |  |

上記の者が、海外インターンシップに参加することに同意し、上記事項の遵守を保証します。

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 家族等関係者住所 |  |
| 　　家族等関係者氏名 |  |
|  日 中 連 絡 先 | (自署または印) |
| 夜間連絡先 |  |