



■申請者のインド渡航計画や渡航歴について

申請者氏名（漢字またはローマ字で）			
申請するビザの種類； <b>治療 Medical</b>		患者本人	患者の付添い
ビザ有効期間（希望として）	6ヶ月間 1年 2年	その他（ ） ※領事判断により決定されます。	
インド入国予定日；西暦	年 月 日	インド入国予定地；	
インド入国回数； シングル ダブル マルチプル		インド出国予定地；	
<b>入院する病院情報</b>			
病院の名称；	治療期間（予定）； 西暦 年 月 日～西暦 年 月 日		
病院の住所；			
主治医または病院責任者氏名；	主治医または病院責任者の連絡先；		
病院のWEBサイトURL（あれば）；			
<b>これまでの海外渡航歴について</b>			
過去にインド渡航はありますか？		ある場合；直近に発行されたビザ番号；	
ある	ない	そのビザの発行地；	そのビザの発行日； 年 月 日
		その時の滞在都市/滞在ホテル	
インド入国やビザ延長を拒否されたことがありますか？		ある	ない
ある場合；	いつ	年	どの機関に Control No.
過去10年間でインド以外で渡航した国をご記入ください（10カ国まで）。			

直近3年間でSAARCへの渡航はありますか？ ある ない ※ある場合その渡航歴についてご記入ください。

※SAARC；南アジア地域協力連合

SAARC諸国	ネパール	アフガニスタン	スリランカ	バングラデシュ	パキスタン	モルディブ	ブータン	
直近の渡航年								
渡航回数								

ご記入いただきましたら、FAX No.03-5842-8898へ送信、または郵送してください。

**in solutions**

株式会社インソリューションズ ビジターズ・サービス部

〒113-0033 東京都文京区本郷1-14-6第2三沢ビル2階

TEL03-5842-8896 FAX03-5842-8898

visitors-svc@insolutions.jp

