様式 2(A)　　公益財団法人　滋賀医学国際協力会

# 医 学 系 学 生 海 外 渡 航 助 成 申 請 書

年　　月　　日

公益財団法人　滋賀医学国際協力会　理事長 様

申請者(学生) 氏(し)　名(めい)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

指導教官

所属・職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり、医学系学生海外渡航助成を申請いたします

| |
|---|
| 1、申請者在籍機関等<br>機関(学校)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿学年(　　年)<br>自宅住所　〒＿＿＿＿＿＿＿＿<br>＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |
| 2、英語の能力 <語学力については、ヨーロッパ言語共通参照枠(CEFR)における B1 を最低限の基準とする(TOEFLITP でおおむね 460 点以上。他の検定試験のスコア等でも可)> |
| 3、渡航先 <国名・機関名> (渡航先の受け入れ承諾書の写しを必ず添付してください)<br>国　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿<br>機関名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ |

４、渡航目的　<渡航先での研修内容等を記入してください(500 字程度にまとめて記入)>

５、渡航期間

年　　月　　日　　～　　年　　月　　日　（　　日間　）

６、渡航日程

| 年　月　日 | 出発地 | 到着地(国名) | 研修先　(機関名) | 滞在日数 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

７、助成金申請額

申請額　（　　円）

内訳　　渡航費（　　円)、　滞在費（　　円)

※　様式２-２の「指導教員の推進書」を必ず提出すること。

様式２-２　公益財団法人滋賀医学国際協力会

# 医学系海外渡航助成申請者に関する指導教員の推薦書

年　　月　　日

指導教員

所属・職名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

| |
|---|
| １、申請学生の氏名 |
| ２、推薦理由 |
| ３、申請学生の英語の能力 |

※推薦書は、指導教員が記入していただき、封筒厳封の上、申請者にお渡しください。

なお、指導教員から直接、下記事務室まで送付していただいても結構です。

＜ 滋賀医学国際協力会 事務室 ＞

〒520-2192 大津市瀬田月輪町 滋賀医科大学　一般財団法人和仁会 内

電話 077-548-9620