様式　１

公益財団法人 滋賀医学国際協力会

医学系・看護系研究者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

ふりがな

申請者 氏 名

下記のとおり、医学系・看護系研究者海外渡航助成を申請します。

|  |
| --- |
| １．申請者の所属等    研究機関等名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　職名    所在地　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡    自宅住所〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡    関連所属学会 |
| ２．申請者の履歴  　　最終学歴　　　　　年　　月　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　卒業・修了    主な職歴　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　年　　月　　日 |
| ３．渡航目的 |
| ４．渡航期間  　　　　 　　　　　 　年　　　月　　　日　　　　～　　　 　　　年　　　月　　　日 |
| ５．渡航日程   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 年　月　日 | 出　発　地 | 到　着　地 | 訪　問　先 | 滞在日数 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |
| ６．助成金申請額  　　　　　　　　申請額　　　　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　（内訳）  　　　　　　　　　　　渡航費　　　　　　　　　　　　　円  　　　　　　　　　　　滞在費　　　　　　　　　　　　　円 |
| ７．助成金を必要とする理由 |

|  |
| --- |
| ８. 他の助成機関への申請の有無  □　な　　し  □ あ　　り（次に記入してください。）  　　　助成機関の名称  　　　助成金の名称  　　　助成金額（申請額）  ※　他の助成機関から助成決定があった場合は、速やかに当財団に連絡してください。 |
| ９．招へいの場合、招へい状の写しを添付してください |
| １０．渡航先で実施する研究計画の概要 |