様式　２（A）

公益財団法人 滋賀医学国際協力会

医学系学生・医学系学生特別 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(学生)

　　　指導教員

所属・職名

氏名

下記のとおり、医学系海外渡航助成を申請します。

|  |
| --- |
| １．申請者在籍機関等    機関（学校）等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 学年      自宅（住所）〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |
| **医学系学生特別海外助成申請者記入事項**  **現在在籍している大学以外の大学卒業の学歴**    **大学名　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　学部名**    **卒業年月 　　　 　　　年　　　　月** |
| ２．渡航先　≪国名・機関名≫（渡航先の受入承諾書等の写しを必ず添付してください。）  ３．渡航目的（渡航先での研究内容等を記入してください。（４００字程度にまとめて記入。） |
| 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  （国名） | 訪　問　先  （機関名） | 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 |

※「様式２-２の指導教員の推薦書」を必ず提出願います。

様式２－２ 公益財団法人 滋賀医学国際協力会

医学系学生・医学系特別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 |

※推薦書は指導教員がご記入いただき、封筒に厳封の上で申請者にお渡しください。

　なお、指導教員から直接郵送していただいても結構です。

　郵送先　　〒520-2192

　　　　　　大津市瀬田月輪町　滋賀医科大学内　和仁会事務室

　　　　　　　滋賀医学国際協力会　宛

　電　話　　077-548-9620