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)

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

機関(学校)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学年(　　　　　年)　　　　　　　　　　 自宅住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. 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)国　名　　　　　　　　　　　　　　　　　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 |
| 1. 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