様式　２（C）

公益財団法人滋賀医学国際協力会

看護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

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、看護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）名等　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　学年　　　　自宅　　　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　　　　　 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 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　　　　　　　　万円　　　　　　　　　　（内訳）渡航費　　　　　　万円　　　滞在費　　　　　　　万円 |

※「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

看護系学生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