様式　３

公益財団法人滋賀医学国際協力会

外国人研究者招へい助成申請書

　　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、外国人研究者招へい助成を申請します

|  |
| --- |
| １．申請者の在籍機関等（受入側の機関）　研究機関等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　　　　　　　　住所　〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者の自宅住所〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ２．招へい外国人研究者フリガナ　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　国籍　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　研究機関等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ３．招へい外国人研究者の略歴　　　最終学歴　　　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　歴　　　　　年　　　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ４．招へい外国人の研究テーマ及び専門領域　 |
| ５．招へい目的　　 |
| ６． 招へい期間　　　　　　　年　　月　　日（　　）　～　　　　　年　　月　　日（　）まで |
| ７．招へい日程

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 年　 月　日 | 出　発　地 | 到　着　地 | 訪　問　先 | 滞在日数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| ８．助成金申請額　　　　　　　　　　　　申請額　　　　　　　　　万円　　　　　　　　　（内訳）渡航費　　　　　　　　万円　　滞在費　　　　　　　万円 |
| ９．助成金を必要とする理由　 |
| １０．この研究テーマについて他の助成機関への申請の有無□　な　し□　あ　り（次の事項を記入してください。）助成機関の名称助成金の名称助成金（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。 |
| １１．招へい外国人研究者の研究計画の概要 |