

滋賀医学国際協力会

医学系学生・医学系学生特別学生海外渡航助成申請書

平成 年 月 日

滋賀医学国際協力会理事長 殿

申請者 印

(所属・職名)

指導教員 印

下記のとおり滋賀医学国際協力会の海外渡航助成を申請します。

記

1. 申請者

フリガナ

氏 名 _____

機関（大学）等 _____

医学系 _____ 学年 _____

自宅（住所）〒 _____

TEL _____

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 平成 _____ 年 _____ 月

2. 渡航先（渡航先の受入承諾書等の写しを添付してください。）

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

平成 年 月 日 ～ 平成 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. 指導教員の推薦書の有無

<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 申請書添付
	<input type="checkbox"/> 指導教員から直接郵送
<input type="checkbox"/> 無	

様式 2-2

滋賀医学国際協力会

医学系学生海外渡航助成申請者に関する指導教員の推薦書

平成 年 月 日

指導教員 _____ 印

1、申請者氏名	2、申請者との関係
3、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 電話 077-548-9620