

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）〒 _____

_____ 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 _____ 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。

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