

様式 2 (B)

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 〒 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_  
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

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下さい。

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