

様式 2 (B)

公益財団法人 滋賀医学国際協力会
医学系学生 海外学会発表渡航助成申請書

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、医学系学生海外学会発表渡航助成を申請します。

1. 申請者在籍教育機関等

大学名 _____ 学年 _____

自宅(住所) 〒 _____

_____ TEL _____

2. 渡航先 <国名・都市名・学会名> (学会企画先からの招へい状等を添付してください)

3. 研究への取り組み(研究歴)及び学会発表の内容(500字程度にまとめて記入)

※学会発表の方法(プレゼンテーション発表、ポスター発表、オンライン学会等)を必ず記入

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	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、学会登録料 _____ 円

※「様式2(B)-2の指導教員の推薦書」を必ず提出願います。

医学系学生 学会発表 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